



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**  
**II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e**  
**Obstetrícia**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**O Plano de Parto na prática do cuidar  
especializado**

Maria Ofélia Lobo Lopes de Sousa Vieira nº 3809

**Lisboa**

**2012**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

**II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstetrícia**

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**O Plano de Parto na prática do cuidar  
especializado**

Maria Ofélia Lobo Lopes de Sousa Vieira

sob a Orientação da

Professora M<sup>a</sup> Madalena Oliveira

**Lisboa**

**2012**

À Professora Maria Madalena Oliveira pela orientação, confiança e incentivo.

À orientadora EESMO pelas incansáveis horas ocupadas na orientação em Estágio e transmissão de saberes baseados na sua longa experiência.

À equipa da Sala de Partos do HGO e a todos os colegas pela disponibilidade e partilha.

À Iz e marido, pela colaboração, testemunho e coragem.

Aos diversos autores que disponibilizaram ao longo dos anos o seu trabalho, a sua experiência, estudos e reflexões que constituem as bases que fundamentam este trabalho.

À minha família e amigos pela ajuda, paciência, encorajamento e apoio.

Aos meus amigos Rufus e Yadjji companheiros nas horas tardias.

*“Não sigas por onde o caminho possa levar-te, vai antes por onde não haja  
caminho e deixa um trilho...”*

Autor desconhecido

## **SIGLAS**

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CIMS – Coalition for Improving Maternity Services

DA – Diário de Aprendizagem

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

EESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EC – Ensino Clínico

FAME – Federation de Asociaciones de Matronas de Espana

ICM – International Confederation of Midwives

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLI - Organização Lamaze International

OMS – Organização Mundial de Saúde

## RESUMO

O presente Relatório de Estágio, pretende traduzir o desenvolvimento de saberes relacionados com o Plano de Parto, que permitam uma melhor compreensão deste fenómeno. Nesse sentido foi elaborada uma revisão de literatura sobre a temática e refletidas as situações de cuidados no âmbito do E.C. de sala de partos à luz da atual evidência científica, nesta área.

Os dados obtidos através da reflexão sistematizada e dos resultados da pesquisa, foram discutidos perspetivando a análise dos fatores que levaram ao aparecimento desta prática, nomeadamente no que concerne ao teor dos pedidos expressos e das intervenções de enfermagem que visam assegurar o seu cumprimento

Pode constatar-se que a atual vigilância da gravidez, onde se verifica um predomínio do modelo tecnicista, pode contribuir para a insegurança das mulheres, minando a sua autoconfiança e a sua capacidade de vivenciar um parto normal, contrariando o desejado empoderamento das mesmas. Ao mesmo tempo, o contexto hospitalar parece, por um lado, despersonalizar muitas vezes o cuidado e por outro, o domínio da tecnologia precipitar a execução de procedimentos técnicos, às vezes desnecessários.

Verificaram-se benefícios da construção e apresentação do Plano de Parto, por este contribuir para o aumento da autoconfiança, da satisfação, do nível de conhecimentos e capacitação da grávida/casal, e por último, por servir também como veículo de uma melhor comunicação entre os vários intervenientes do processo.

Palavras chave: Plano de parto; Parto normal; Sala de parto hospitalar;  
Cuidados de enfermagem obstétricos

## **ABSTRACT**

The present internship report intends to support the understanding and knowledge of the Birth Plan in order to better understand this occurrence. To achieve this goal, a literature review on the subject has been made and the nursing care situations that took place during the Clinical Practice at the delivery room, serve as a evidence-based practice.

The data gathered from systematic reflection and search results was discussed looking out for the factors that led to the appearance of this practice, particularly in relation to the content of requests made and nursing interventions that intend to ensure its compliance.

It was observed that current pregnancy surveillance with a technical predominance can contribute to the insecurity of women, undermining their confidence and their ability to live a normal birth, even contradicting their desired empowerment. At the same time, the hospital setting appears to depersonalize the care and the technology mastery precipitates the execution of technical procedures that sometimes are unnecessary.

The construction and presentation of the Birth plan presented benefits, since it contributes to increase the self-confidence, satisfaction, level of knowledge and coping of pregnant / couple. It was also concluded that the Birth plan serves as a carrier for a better communication between the stakeholders in the process.

**Keywords:** Birth Plan; Natural Birth; Hospital Birth Room; Obstetric Nursing

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. METODOLOGIA E INSTRUMENTOS/FERRAMENTAS UTILIZADOS.....	13
1.1. Revisão Sistemática de Literatura.....	13
1.2. Prática Baseada na Evidência .....	13
1.3. Workshops, diários de aprendizagem e notas de campo .....	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	16
2.1. Breve perspetiva histórica da medicalização do parto .....	16
2.2. A gravidez “medicalizada” .....	17
2.3. O Parto em contexto hospitalar .....	20
2.4. A construção do plano de parto .....	22
2.5. A utilidade do plano de parto.....	24
3. AS COMPETÊNCIAS DO EESMO.....	28
3.1. Reflexão e análise crítica das competências desenvolvidas .....	32
3.2. Aplicabilidade do modelo de Betty Neuman.....	39
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	44
5. REFLEXÃO SOBRE AS QUESTÕES ÉTICAS .....	50
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO/RELATÓRIO .....	54
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	58
APÊNDICES .....	64
APÊNDICE I – Projecto de Estágio .....	
APÊNDICE II – Estudos Incluídos na Revisão de Literatura .....	
APÊNDICE III – Unidades de Registo dos Workshops .....	
APÊNDICE IV – Notas de Campo - 1 .....	
APÊNDICE V – Quadros de sistematização da informação .....	
APÊNDICE VI – Notas de Campo - 2 .....	
APÊNDICE VII – O Cuidado Partilhado em Neonatologia .....	
ANEXOS .....	117
ANEXO I – Check-list Plano de Parto.....	
ANEXO II - Plano de Parto da Iz .....	
ANEXO III – Testemunho escrito - Relato da Iz.....	



## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, lecionada no 2º semestre do 2º ano, inserido no plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O projeto delineado na fase inicial e que serviu de base ao presente trabalho foi em parte cumprido, no entanto, sofreu reformulações, nomeadamente na pergunta de investigação e no cumprimento de prazos, que parecem sempre curtos, quando o tema nos entusiasma e nos impele a procurar ir mais além no aprofundamento de um tema atual.

Estrela et al (2006, p.116) designam um projeto como: “um escrito composto pela descrição de um conjunto de atividades, devidamente inter-relacionadas e coordenadas, delineadas dentro de objetivos precisos, limites de tempo e de orçamento, que constituem uma obra a realizar, ainda na sua fase de planeamento”.

A temática do **Plano de Parto** foi alvo de uma pesquisa e reflexão aprofundadas, no sentido de ir ao encontro das práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, Legislação vigente e orientações da OE.

Ao longo deste E.C foram desenvolvidas as competências do EESMO no contexto da vigilância do trabalho de parto, parto e puerpério. A revisão da literatura foi direcionada para a questão de investigação:

Face à apresentação do Plano de Parto pela grávida/casal, em ambiente hospitalar, que intervenção de enfermagem especializada se desenvolve para a sua execução?

Pretendeu-se compreender e aprofundar saberes relacionados com o seu aparecimento, o teor das solicitações mais frequentes, o modo como ocorre a sua apresentação nas salas de partos e as intervenções de enfermagem que se desenvolvem para a sua execução, garantindo o agir ético próprio da profissão.

Procurou-se demonstrar, através da revisão da literatura, a sua importância e a necessidade de o integrar na prática de cuidados de enfermagem

especializada. Assim, no Bloco de Partos devem ser garantidas intervenções de qualidade e risco controlado mas na medida do possível, em conformidade com o plano de parto estabelecido pela grávida/casal.

Preconizaram-se, acima de tudo, intervenções que pretendiam contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, prestados à parturiente/recém-nascido e família durante o trabalho de parto (fase latente e fase ativa), parto (período expulsivo) e puerpério (imediato até duas horas pós parto), e que são relatadas no capítulo das competências, nos diários de aprendizagem e workshops realizados.

Valorizou-se a importância de estar com a grávida/casal, e dos benefícios da presença do enfermeiro especialista com fins terapêuticos, o qual respeita as solicitações da mulher, de acordo com o seu plano de parto, e salvaguarda o direito à informação, quando o planeado não pode ser cumprido na sua globalidade (Hunter, 2002).

O modelo teórico que norteia este trabalho é o modelo de sistemas de Betty Neuman o qual propõe uma abordagem da pessoa na sua globalidade (Neuman, 2011).

Trata-se sob o nosso ponto de vista, de um modelo interessante e vantajoso para os profissionais de enfermagem, uma vez que permite uma interpretação criativa da abordagem da pessoa total. A nossa interpretação do modelo reflete uma análise cuidada da interação com o ambiente, quer interno quer externo e na troca de energia entre o sistema aberto da pessoa.

Pretendemos no final do ensino clínico, o desenvolvimento das competências preconizadas pela OE para os EEESMOG, em conformidade com o documento orientador da unidade curricular Estágio com Relatório. Para documentar as situações de aprendizagem foram utilizados os Diários de aprendizagem, as notas de campo e as unidades de registo dos workshops e registadas as experiências realizadas no manual do estudante. Este documento comprova pelo registo, as experiências mais significativas durante o curso, de acordo com os requisitos das Comunidades Europeias, transpostas para a ordem jurídica interna.

Pretendemos, que o projeto individual delineado na fase inicial (Apêndice I), orientasse o percurso formativo, contribuindo para as aprendizagens, promotoras do desenvolvimento profissional e das competências que

perspetivem a melhoria das práticas clínicas de acordo com o estabelecido no plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

### **Contextualização do ensino clínico**

O Estágio com Relatório decorreu em contexto de Bloco de Partos num hospital da região da grande Lisboa. Teve início a 27 de Fevereiro de 2012 e término a 27 de Julho de 2012. Esteve interligado com o Ensino Clínico V (Neonatologia), o qual se desenvolveu durante o mesmo período com uma carga horária 35 horas.

A Unidades Curriculares de Investigação em Enfermagem e Opção contribuíram para o desenho e elaboração do projeto. Este foi apresentado em Fevereiro de 2012, e implementado ao longo desta unidade curricular.

### **Finalidade**

A finalidade deste estágio foi “desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/recém-nascido/família, em situação de saúde ou doença, nos diferentes estádios do trabalho de parto, em ambiente hospitalar, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal, tendo em vista a promoção da saúde e o bem-estar da mulher/recém-nascido/família”<sup>1</sup> e a promoção do desenvolvimento de competências parentais. Estes cuidados foram especialmente direcionados às mulheres que apresentaram o seu plano de parto nesta unidade de cuidados.

---

<sup>1</sup>ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – Guia Orientador do Estágio com Relatório. Ano letivo 2011/2012. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

## **Objetivos**

Pretenderam-se atingir os objetivos descritos no documento orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório que perspetivam o desenvolvimento das competências científicas, técnicas e relacionais preconizadas no Plano de Estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Os objetivos específicos deste Estágio com Relatório foram:

- Desenvolver as competências do EEESMOG, traduzidas em intervenções especializadas na vigilância e acompanhamento do trabalho de parto, parto e puerpério da parturiente/casal com Plano de Parto;
- Demonstrar, através da revisão da literatura, a importância do Plano de Parto e a necessidade de o integrar na prática de cuidados de enfermagem especializada.
- Demonstrar uma atitude proactiva na procura de alianças e compromissos com a cliente, que lhe permitam expressar as suas necessidades e em parceria, encontrar as soluções mais adequadas que respeitem as suas vivências, cultura e contexto da unidade de cuidados.
- Refletir sobre as atividades desenvolvidas durante o período em apreciação, através da análise crítica sobre as práticas, visando o alcance das competências propostas;

## **1. METODOLOGIA E INSTRUMENTOS/FERRAMENTAS UTILIZADOS**

Em sentido lato, a metodologia pode ser definida como um conjunto de diretrizes que orientam a investigação científica (Herman, 1983, p. 5 cit. Hébert, Goyette, Boutin, 1990). A pesquisa realizada sustenta a orientação da prática clínica, e na sua consecução foi utilizada a metodologia científica.

### **1.1. Revisão Sistemática de Literatura**

Segundo Lakatos e Marconi, (1992), a revisão bibliográfica é considerada como “... o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita ... coloca o pesquisador em contacto direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto”.

Neste estudo utilizaram-se diversos tipos de suporte de informação nomeadamente a literatura de referência, contida na bibliografia dos autores de livros, estudos e artigos de opinião de peritos, para complementar a informação e enquadrar a problemática em estudo. Segundo Fortin (2006, p. 518), “qualquer investigação implica um exame seletivo da documentação que se relaciona com o problema de investigação”.

### **1.2. Prática Baseada na Evidência**

Na condução da pesquisa procuraram-se estudos que evidenciassem, que tipos de resultados se obtiveram nas salas de parto hospitalares, quando as parturientes e grávidas apresentam planos de parto.

A prática clínica foi orientada pelo trabalho de pesquisa (prática baseada na evidência), a qual sustentou as intervenções de enfermagem desenvolvidas no acompanhamento da parturiente com plano de parto. Para a obtenção dessa evidência foi formulada uma questão em formato PICO, (população, intervenção, comparação da intervenção e resultados) elaborado por Sackett et al (1997) cit. por Craig e Smyth (2004), com o seguinte racional: P – Enfermeiro

especialista/obstetra; I – Execução dos planos de parto; C – Não existe comparação de resultados; O – Intervenções de enfermagem.

Para a pesquisa e realização desta revisão definiram-se os seguintes descritores: Birth; birthplan; midwifery; planning care; outcomes; nursing, plano de parto, cuidados de enfermagem, enfermeira obstetra.

De acordo com a problemática a estudar, foram definidos os critérios de inclusão e de exclusão por forma a selecionar com maior rigor as fontes de informação.

Relativamente aos critérios de inclusão, estes foram: disponibilidade em *full texto* (texto integral); Estudos experimentais, quantitativos e qualitativos publicados e artigos de opinião realizados entre 2000-2010; publicados em português e inglês.

Os critérios de exclusão foram: Parto no domicílio/centro de parto; Plano de parto no domicílio/centro de parto; Cuidados de enfermagem especializada no domicílio/centro de parto, homebirth, birth center.

Para obter essa evidência, foi realizada a pesquisa de artigos científicos no motor de busca EBSCO host através das bases de dados CINAHL e MEDLINE e Cochrane Database of Systematic Reviews publicados entre 2000-2010.

Foram selecionados 2 artigos de um total de 7. As dificuldades foram a identificação de apenas 2 estudos sobre apresentação do plano de parto, nos serviços obstétricos hospitalares. Os resultados encontrados relacionam-se com cuidados médicos e as conclusões dos estudos foram analisados nessa perspetiva. Por conseguinte a discussão dos resultados da evidência permitem apenas retirar algumas inferências para a nossa realidade hospitalar, e consideram-se aplicáveis ao contexto (Apêndice II).

### **1.3. Workshops, diários de aprendizagem e notas de campo**

No projeto inicial incluímos a realização de dois workshops durante o decorrer do estágio. Esta decisão deveu-se à necessidade sentida, de envolver a equipa de enfermagem da sala de partos, para que, com a sua experiência na execução de planos de parto, pudessem contribuir para a análise de resultados. Concomitantemente tinham como objetivo sensibilizar a equipa

para esta problemática e promover a discussão de aspetos da prática com ela relacionada. Os workshops foram realizados em dois dias diferentes e integrados na formação em serviço. Foram semelhantes na dinâmica implementada, nos conteúdos e na constituição dos grupos de trabalho. Inicialmente foi realizada uma apresentação de quinze minutos sobre a importância dos planos de parto e de seguida foram formados subgrupos de quatro a cinco enfermeiros a quem foi entregue um plano de parto. Pretendeu-se que após a leitura e discussão do plano de parto os enfermeiros escrevessem ponto por ponto a sua decisão sobre como executar as escolhas da grávida. Os contributos dos dois workshops foram analisados e descritos em unidades de registo, como intervenções dos EESMO na resposta aos planos de parto (Apêndice III).

A utilização das notas de campo são contributos de descrição da prática clínica que promoveram a reflexão e análise das intervenções.

Foram elaborados dois diários de aprendizagem, os quais permitiram descrever, analisar e fundamentar as experiências, promovendo a reflexão crítica sistematizada sobre as intervenções realizadas com o intuito de as melhorar.

As propostas no acompanhamento do trabalho de parto, parto e puerpério após esclarecimento, foram realizadas, com o objetivo de tornar a experiência de parto num trabalho de parceria. Na ausência de plano de parto, foi proposto à parturiente/acompanhante ações conducentes a uma maior partilha, informando e esclarecendo, com o objetivo de dar oportunidade à participação da grávida e acompanhante<sup>2</sup>. Estas propostas, algumas vezes, provocavam alguma estranheza mas, no decorrer do trabalho de parto, as parturientes/casais tornavam-se mais proactivos e participavam nas propostas apresentadas.

---

<sup>2</sup> Ingesta de líquidos ou sólidos leves de acordo com a situação clínica e as necessidades da parturiente, mobilização, técnicas de alívio da dor, posicionamentos, clampagem do cordão entre 1 a 3 minutos de vida, corte do cordão, processo de vinculação, contacto pele a pele, início da amamentação quando o recém nascido demonstre sinais, observação da placenta...

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Esta etapa é a que permite ao investigador documentar-se sobre o assunto que pretende estudar, aprofundando os seus conhecimentos, de modo a poder realizar o trabalho a que se propôs, fundamentando-o teoricamente (Fortin, 2009).

O suporte teórico é também considerado fundamental para que o investigador consiga interpretar os dados obtidos.

### 2.1. Breve perspetiva histórica da medicalização do parto

Desde que, em 1500, foi realizada a primeira cesariana em que mãe e filho sobreviveram, o trabalho de parto e parto transformaram-se num objeto do foro da medicina e campo dos eruditos da área, nessa época. No século XVII inventaram-se os fórceps. Em 1827 conseguiram auscultar-se, pela primeira vez, os batimentos cardíacos do feto. Nos anos 1846 e 1847, na sequência do desenvolvimento dos anestésicos, o éter e clorofórmio foram utilizados nas mulheres em trabalho de parto. Em 1900 surge a incisão transversa Pfannenstiel e a analgesia epidural, as quais atualmente já representam intervenções de rotina nos ambientes hospitalares (Herrel, 2008).

Nos EUA, em 1913 o Dr. Joseph DeLee publica *The principles and practice of obstetrics* e sistematiza nesta obra as bases da obstetrícia moderna, que foi fundamental na formação de muitos futuros médicos. Nesse período até 1920, os médicos deste país, “usurparam” o papel tradicional das *midwives* e fundaram um modelo médico de nascimento orientado para a patologia, tornando por isso, o parto numa situação que carecia de instrumentalização. Estes tratamentos eram realizados para minorar os efeitos do parto, considerado como uma patologia destrutiva, em vez de uma função normal. No primeiro artigo que DeLee escreveu para *American Journal of Obstetrics and Gynecology* propôs para o parto, uma série de prescrições, indicadas para salvar as mulheres dos demónios do parto normal, onde se incluíam intervenções de rotina como o uso de sedativos, éter, episiotomias e fórceps. Foi o início da medicina preventiva em obstetrícia, resultando na utilização de



intervenções para o controlo do trabalho de parto e parto cujas consequências por utilização indiscriminada, resultaram em altas taxas de morbilidade e mortalidade materno infantil (Rooks,2006).

Nos anos 40 as intervenções que se introduziram nas salas de parto durante a industrialização multiplicaram-se, quando sociedades como esta, adotaram soluções invasivas de alta tecnologia. À medida que no mundo o parto se medicalizou, nalguns lugares do globo, as parteiras perderam o seu prestígio como guardiãs e guias dos partos normais, ficando subjugadas aos médicos e ao mesmo tempo descuidaram as práticas tradicionais perante cenários industriais e tecnológicos (Davis-Floyd,2009).

No pós guerra em 1958 surgiu o primeiro artigo científico sobre a utilização dos ultrassons na gravidez, conduzindo a investigação para aplicação desta descoberta no uso da monitorização da frequência cardíaca fetal em 1960 (Drife,2002).

Durante os anos 70 e princípios dos anos 80 o modelo tecnocrático hospitalar, associado à hegemonia médica, viu-se questionado por um movimento de parto natural representado por 24 mulheres. Estas ativistas conseguiram que fosse permitido que os pais estivessem presentes nas salas de dilatação e nas salas de parto. Lutaram para que as mulheres tivessem direito de parir sem medicamentos, sem intervenções, deambular e inclusivamente estar na água durante o trabalho de parto (Davis-Floyd,2009).

O parto hospitalar que se impôs desde 1930, também nos anos 80 originou o conceito do plano de parto. Presentemente na sala de partos a sua apresentação e execução estão previstas para a promoção da participação da grávida/casal no seu parto.

## **2.2. A gravidez “medicalizada”**

Tradicionalmente, através dos tempos e culturas, as mulheres grávidas estavam rodeadas de mulheres experientes, família, e amigos mais chegados, que lhe ofereciam entusiasmados, o apoio na transição para a maternidade. A gravidez e parto eram considerados acontecimentos familiares e o suporte que recebia era de pessoas que conhecia ou a conheciam muito bem. Embora a

gravidez e parto apresentassem mais riscos do que na atualidade, as mulheres desenvolviam ligações fortes com o seu feto, e com a família, amigos e cuidadores e “colaboravam com eles” para assegurar um nascimento seguro para os seus bebés (Lothian, 2008).

Os partos que atualmente ocorrem no domicílio em Portugal, numa perspetiva de senso comum e dos peritos, estão envolvidos em riscos desnecessários e não oferecem segurança no nascimento. Na generalidade, os profissionais da área obstétrica em Portugal, referem-se a estes acontecimentos como pouco seguros e não recomendáveis.

Opinião diferente expressa Kitzinger (2008), referindo que o parto no domicílio não pode continuar a ser analisado como uma situação de privilégio para uma franja minoritária – deverá ser entendido como parte integrante e principal para qualquer maternidade contemporânea e atualizada. Esta afirmação da autora está consubstanciada na sua visão do parto normal que ocorre no domicílio.

Hoje em dia, o nascimento ainda é tratado como um evento médico em vez de um acontecimento normal da vida. Desde o início, a mulher reconhece que o médico obstetra é o perito que deve ser consultado para vigiar todas as etapas da gravidez. Perante esse reconhecimento, as mulheres ficam inquietas desde a primeira visita pré-natal até à seguinte, para ter a certeza de que tudo está bem (Lothian, 2008).

Nesta perspetiva, a grávida torna-se dependente da avaliação médica, e das suas prescrições. Os peritos, por vezes, exageram nos riscos da gravidez e nascimento e aumentam o receio das mulheres pelo seu bem-estar e dos seus bebés. O que vai resultar em restrições no seu estilo de vida, testes pré-natais, uma exagerada preocupação pela segurança, (minando a sua confiança e habilidade de gerarem os seus bebés), lançando a mulher num labirinto e escalada de medos. A gravidez tornou-se num período de regras e preocupações, mesmo que uma mulher seja saudável e que não tenha razões para esperar problemas Strong (2000) cit. (Lothian, 2008). Ou seja, “à espera de problemas” resultou numa exagerada preocupação com a segurança, com a intervenção intensiva na gravidez, assim como com o trabalho de parto e parto, e não surpreendentemente uma escalada nas taxas de cesarianas, (Lothian, 2008). Em Portugal, dos nascimentos na década de 60, 18,4% ocorriam no hospital ao passo que em 1985 ascenderam para 96,25%, e em 2010 99,85%

ocorrem em estabelecimentos hospitalares. A taxa de cesarianas em 1999 era de 26,8% e em 2009 cresceu para 36,7%. (INE-DGSMS, 2012).

Na América do Norte, nos anos 40, pensou-se que o modelo ideal a implementar seria o do parto hospitalar. Desde então, neste país, algumas mulheres rejeitam esse modelo, manifestando a sua preferência pelo parto domiciliar. Surgiu também uma oportunidade intermédia, com o aparecimento dos centros de parto, para aquelas mulheres que consideravam que a sua casa não oferecia as melhores condições para esse evento. Entre a década de 70 a 90, os partos cirúrgicos aumentaram de 5% para 25%-30% (Haasch,2012).

Na Europa e América do Norte, nas décadas de 50 e 60, o parto natural e o método do parto psicoprofilático surgiram como opções, ao que se considerava uma obstetrícia excessivamente médica, com a utilização liberal de analgésicos e partos cirúrgicos (Enkin, et al 2005). Os percursores destes métodos foram Dick-Read, Lamaze e Bradley (Lowdermilk Perry,2008) que tinham como finalidade o uso de modalidades psicológicas e físicas e não farmacêuticas para a prevenção da dor.

Presentemente para além do conhecimento e das informações fornecidas, a maioria dos cursos pré-natais tentam conferir habilidades para lidar com o stress e a dor no trabalho de parto e parto. Podem promover maior autoconfiança, e questionamento de rotinas hospitalares e por outro lado também uma maior aceitação e adesão aos tratamentos médicos (Enkin, et al 2005).

Os EESMO ao realizarem as consultas de vigilância da gravidez, podem integrar nesta atividade, a discussão do plano de parto, como um instrumento de comunicação durante a gravidez, para auxiliar os futuros pais a pensarem em conjunto e debaterem com os seus cuidadores as suas preocupações, dúvidas, preferências e opções disponíveis (Kaufman,2007).

### **2.3. O Parto em contexto hospitalar**

No contexto atual da assistência hospitalar ao parto, o autor Loux cit. por Couto (2003,p.31), analisa as consequências da hospitalização no parto, dando relevo às perdas inerentes a esta deslocalização:

“...o hospital retirou à mulher um ambiente familiar no qual ela dava à luz rodeada de objectos pessoais, e de pessoas de família, com a sua mãe a ajudar e a aconselhar, para a projectar para o isolamento, num local que desconhece, sem as pessoas que lhe são significativas, e à mercê de grandes cuidados de assépsia e de profissionais que, embora possam ser técnicos perfeitos, são-lhe desconhecidos.”

Também nas salas de parto, a concepção da pessoa encontra-se frequentemente reduzida à sua vertente biológica (Tereso, 2006).

Estes contextos que o hospital representa, influenciam os recursos internos e limitam recursos externos da pessoa (Neuman,1982), causando níveis de stress muito elevados, num momento que exige garantia de privacidade e proteção da intimidade e um ambiente calmo e protegido.

No que diz respeito à experiência da mulher, se for positiva, será um acontecimento vivenciado com sentimentos positivos. Se por outro lado, for vivenciado com receios do desconhecido, inseguranças e sentimentos negativos poderá ficar associado à classificação de Hofberg e Brockington,

“ tocofobia secundária (O medo, que faz com que o parto seja evitado a todo o custo, apesar de ocorrer o desejo de ter um filho), isto é, ser secundária a um parto traumático. Constatam ainda, que as grávidas a quem foi recusado a sua escolha do método de parto apresentam maior morbilidade psicológica do que as mulheres que conseguem garantir o tipo de parto que desejam” (Pereira, 2010, p. 85)

Daí pode resultar uma experiência de parto dolorosa, gerando na parturiente sentimentos de humilhação e rebaixamento pela dor, por serem instrumentos passivos de processos físicos que não compreenderam. Estas mulheres carregam consigo, a recordação desta experiência e podem afetar com a sua atitude e testemunho todos aqueles com quem se relacionam. É desejável que

as mulheres questionem o tratamento muitas vezes aceite como perfeitamente normal (Kitzinger, 1987).

O EESMO, tem ao seu alcance os instrumentos que possibilitam minimizar, e mesmo aliviar a angústia que rodeiam o processo do parto medicalizado, que decorre nas instituições hospitalares. Neste sentido Ribeiro cit. por Couto (2003, p.43), diz-nos que "... como ninguém, as enfermeiras trabalham com os utentes na sua totalidade, estão autorizadas a tocar-lhe, a partilhar as suas experiências de saúde e de doença e a manter com eles um contacto cuja intensidade e duração dificilmente são experienciados por outros técnicos".

Os cuidados de enfermagem especializada pautam-se, para além dos conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, por uma abordagem muito intimista dirigida aos aspetos singulares e desejados pelas famílias para que vivam em plenitude este processo de transformação.

Também o esclarecimento e apoio, às mulheres que procuram uma passagem segura para si e para os bebés seguindo as regras, na qual, as suas deliberações são baseadas em não tomar nenhuma decisão, para evitar assim potenciais culpas e arrependimentos (Lothian, 2008).

Compreendemos portanto, que no contexto hospitalar, na sua maioria, as parturientes/casais atribuem aos profissionais, a identificação das necessidades que a eles dizem respeito, submetendo-se a decisões individuais ou da equipa que presta assistência, partindo do pressuposto que saberão agir no seu melhor interesse.

É desejável proporcionarmos uma atuação que vá ao encontro do plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado<sup>3</sup>, impõe-se uma interação recetiva/adaptativa, com a grávida/casal que são fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos, avaliando a ajuda a prestar (Collière, 1989).

A mesma autora, refere que a relação entre quem presta e quem recebe cuidados, põe em causa uma certa segurança adquirida pela extensão do campo da competência técnica, e esta corrente entre profissionais e pessoa cuidada não penetra praticamente em meio hospitalar (Collière, 1989).

---

<sup>3</sup> PORTUGAL – Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2ª série, Regulamento nº127/2011: -Nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011. P 8662- 8666.

Para introduzir mudanças no contexto hospitalar, está implícita a mudança de atitude do EESMO, e abertura para compreender e aceitar, colaborar com a grávida no seu plano de parto, e quando isso ocorre:

“...o trabalho de enfermagem muda de natureza, encontra um meio para se interrogar, questionar, refletir, criar, ao perguntar: quem são as pessoas que tratamos? O que esperam? E isto, com o objetivo de procurar saber o que para elas tem sentido, o que pode determinar a ajuda a prestar, para compensar as necessidades” (Collière, 1989, p. 152).

Afirma-nos (Hesbeen, 1997) que esse cuidado, essa atenção são únicos. Não é preestabelecida nem programável nem repetida de indivíduo para indivíduo. Deve ser sempre pensada, repensada e recriada. É para o autor, singular, como o é a situação de vida em que o prestador de cuidados é levado a prestar cuidados a uma pessoa. Respeitando a pessoa como única e na sua diferença, em vez de imporem os seus conhecimentos à grávida/casal, os enfermeiros deverão utilizá-los como ferramenta de *empowerment* em contexto de parceria (Hess, 1984; Katz, 1984) cit. por Pereira (2010).

A OMS (2001) define *empowerment* como um processo contínuo, no qual os indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder, na área da promoção da saúde. *Empowerment* é referido como um processo através do qual as pessoas obtêm maior controlo sobre decisões e ações, que afetam a sua saúde.

O *empowerment* também é um princípio que a CIMS defende na promoção dos serviços maternos amigos da mãe. Este princípio respeita a confiança e habilidade da mulher para parir e cuidar do seu recém-nascido. (Lothian e DeVries, 2010).

## **2.4. A construção do plano de parto**

Constituindo-se o período pré-natal um período de grande expectativa, alguns receios, e grande vulnerabilidade, seria importante que as grávidas dispusessem de informação fidedigna e baseada na evidência científica, sem censura para esclarecimento e decisão informada (Martin, 2008). Isto requer dos EESMO uma pesquisa contínua para atualização, de forma a dispor de

informação segura que contribua para a orientação e esclarecimento da grávida/casal. O objetivo da educação perinatal e para o nascimento é ajudar as mães e respetivos familiares a tomar decisões informadas e seguras acerca da gravidez, parto e início da parentalidade (Lowdermilk & Perry, 2008).

O processo de construir um plano de parto é aquele que permite que a mulher consulte a informação na qual deve assentar o seu plano de parto, considerando as vantagens e desvantagens dos diferentes percursos, discutindo as ideias com a empatia da *midwife* ou médico. Não é uma questão de ser bem sucedida ou não nas expectativas que criou no seu plano de parto, mas sim um processo ativo de partilhar as decisões do que diz respeito ao seu corpo, e manter a autonomia como ser humano (Kitzinger, 1987).

A sua construção ajuda os pais a conhecerem melhor o processo do parto, e proporciona uma oportunidade, e são muitas vezes os únicos meios existentes para as mulheres se protegerem de rotinas integradas em protocolos rígidos (Lothian, 2006).

O plano de parto revela a todas as pessoas envolvidas nos cuidados, quais são as opções mais importantes e quais as prioridades, e o modo como quer ser cuidada. Podem ser mais úteis se forem pequenos e concisos mas não do tipo de *check-list*. Pode ser utilizado como um guia, mas, flexível para aceitar alterações se circunstâncias médicas o exigirem. Mesmo que seja difícil, é aconselhável ponderar na possibilidade remota do bebé morrer, e nessas circunstâncias, que se tem conhecimento sobre as preferências da mãe, e estas virem descritas nos planos de parto (Simkin, 2001). Como se constata na sala de partos muitos aspetos do parto são impossíveis de planejar, como o tempo que ocorre até a dilatação estar completa, assim como a intensidade da próxima contração. Assim sendo, o plano de parto é uma abordagem ao parto em vez de uma exigência para um tipo específico de resultados. Apesar desta imprevisibilidade, existe o direito de o planejar e usufruir da satisfação da experiência do parto idealizado, tanto, quanto os mistérios da natureza permitirem (Wagner & Gunning, 2006).

Ao EESMO, solicita-se capacitação na elaboração do plano de parto em parceria com a grávida/casal, uma vez que o conhecimento que as enfermeiras especialistas detêm dos cuidados que se oferecem na área obstétrica permitem

uma maior aproximação à realidade das urgências obstétricas, facultando uma informação real para uma decisão informada (Martin, 2008).

Um plano de parto pode representar a expressão de uma boa relação de parceria com o seu cuidador, na qual ambos compreendem quais as tarefas implicadas, reconhecem as suas capacidades e as da outra pessoa, e percebem os seus próprios limites. Este manifesto, trabalhado previamente nas consultas não é um documento legal nem se constitui como um documento de ligação formal, mas oferece a oportunidade de compreender o que é importante. Existem ainda, algumas dificuldades na sua aceitação, isto acontece porque não se sabem usar os planos de parto de um modo muito eficaz, e ainda existem muitas confusões sobre o que os planos podem proporcionar e como devem ser redesenhados (Kitzinger, 1987).

Por vezes, quando os EESMO sensibilizam para a sua elaboração ao longo da vigilância da gravidez, os casais recorrem principalmente à Internet, de onde copiam planos de parto já construídos, referem tê-lo feito porque a enfermeira especialista, no período pré-natal o sugeriu. (Apêndice IV). Nesta perspetiva verifica-se que os planos de parto baseados nessas *check-lists*, não são na sua maioria, muito valorizados. Estes planos de parto criam a ilusão da escolha, mas são impessoais e sem significado (Simkin, 2007) (Anexo I).

## **2.5.A utilidade do plano de parto**

Planear o nascimento para a mulher, é um processo que se inicia com a compreensão da fisiologia do parto normal, os seus rituais, incluindo estratégias de conforto, e tomar consciência se dentro dela sente a capacidade de controlar e responder com a sua sabedoria às necessidades do seu corpo durante o trabalho de parto e parto (Lothian, 2000).

Toda a informação para a promoção da saúde deve ser proporcionada num contexto que enfatize a compreensão das alterações fisiológicas, para a mulher se adaptar às transformações que acompanham a gravidez, e que estas se constituam num ideal de corpo-mente-espírito saudáveis (Lowdermilke Perry, 2008).



O que parece ser útil no plano de parto não passa somente pela elaboração de uma lista de opções e escolhas, mas sim um plano pessoal que lhe dê segurança e uma experiência satisfatória (Lothian,2000).

Foram diversas as entidades e autores que contribuíram para a definição dos aspetos que devem ser atendidos aquando da construção e elaboração do plano de parto como se pode verificar no quadro 1 (Apêndice V). Destacam-se: o primeiro documento escrito sobre o planejar o nascimento, apresentado e divulgado num panfleto em 1980 redigido por Simkin e Reinke. O propósito do panfleto foi providenciar informação disponível sobre o nascimento nessa altura, ajudar na discussão do plano com o médico ou *midwife*, e auxiliar a planejar a experiência do parto, com objetivos de segurança e satisfação emocional (Simkin&Reinke,1980); a CIMS, constituída por mais de 50 organizações de enfermagem que produziram um documento para ajudar as mulheres a seleccionar os cuidados perinatais através de questões que podem colocar aos seus prestadores (Lowdermilke&Perry,2008); A APEO em associação com a FAME, na sua campanha para a Iniciativa Parto Normal sugere um modelo do plano de nascimento onde incluem vários aspetos a considerar (APEO,2009)<sup>4</sup>; Ina May Gaskin, descreve nos seus livros abordagens alternativas ao parto. Nesse contexto sugere à grávida para seguir a sua intuição e propõe uma lista de questões específicas, que a grávida/casal devem formular ao seu enfermeiro obstetra do hospital (Gaskin,2003).

A OMS e a Organização Lamaze International também indicam as práticas que promovem um parto seguro e saudável quadro 2 (Apêndice V). Identificam-se quatro práticas que a OMS recomenda e OLI adiciona mais duas (Lothian e DeVries,2010).

Price & Robinson (2004) refletiram sobre a utilidade do plano de parto, referindo que apresenta algumas vantagens. A parturiente identifica as suas necessidades e preferências e coloca questões ao seu cuidador ou no local para nascimento; o acompanhante compreende o que é importante para a mulher e o que se espera dele; clarifica junto do seu cuidador pessoal, sobre as

---

<sup>4</sup> Elementos identificativos da grávida, prestador que assiste a gravidez, DPP, hospital previsto para o parto, espaço físico, acompanhantes, ambiente, procedimentos durante o parto, tipo de avaliação do bem estar fetal, métodos de alívio da dor, mobilidade e posturas durante a dilatação, posturas e puxos durante o período expulsivo, episiotomia, nascimento do bebé, aleitamento materno

suas escolhas e abordagem preferida; “é preferível negociar antes do parto que durante o mesmo”; serve de memorando para os prestadores caso estejam ocupados e não se recordem do estabelecido durante a gravidez.

Na sala de parto, o plano permite à *midwife* conhecer os seus desejos e o que espera dos profissionais que aí trabalham, e assim não terá que dar explicações durante o parto.

O plano de parto é uma opção individual solicitada pela mulher grávida ao prestador de cuidados “... atuação fundamentada na compreensão do fenômeno da reprodução como singular, contínuo e saudável, no qual a mulher é o foco central, e que se desenvolve num determinado contexto sócio histórico (Riesco, 2002).

As recomendações da OMS (1999) no atendimento ao parto normal determinam a categorização das práticas clínicas:

Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado ao seu marido/companheiro e se aplicável, à sua família. Recomenda que a realização do plano de parto deve acontecer durante o período pré-natal com:

- planeamento com base na avaliação de risco;
- identificação do profissional a envolver;
- disponível no início de trabalho de parto.

A identificação do plano de parto importa, quando sinais de parto estão presentes para reavaliação de risco e negociação do plano de parto com os profissionais. Pesquisas mais antigas e contemporâneas sugerem que a segurança e a satisfação são facilitadores, mais que impedimentos no trabalho de parto, parto, amamentação e interação mãe recém-nascido. Três simples coisas ajudam: confiança na sua habilidade, confiança na sua própria sabedoria, suporte físico e emocional da família, amigos, e profissionais (Manhon, 1996, cit. Lothian, 2000). Quando o parto acontece no hospital, verifica-se que o plano de parto foi proposto por profissionais que estão despertos para esta prática, nomeadamente nas sessões para a preparação para o parto e parentalidade, realizadas pelas enfermeiras e também por algumas doulas, estas últimas apresentam-se no bloco de partos, ativamente auxiliam e acompanham as grávidas, e disponibilizam-se para as ajudar e

apoiar no pós parto. No que se refere ao testemunho que é apresentado nas salas de parto, o plano de parto constitui-se como um documento escrito em que são redigidos os desejos, e opções da mulher/casal relativamente ao que se espera para o seu parto e pós parto: é algo de muito pessoal, relacionado com vivências anteriores, visão de um momento único na vida e crenças a ele associadas(Marques,2009).

### **3. AS COMPETÊNCIAS DO EESMO**

A formação dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica cumpre as normativas europeias, razão pela qual se encontram certificados, habilitados e autorizados a exercer em qualquer estado-membro da União Europeia (OE,2012). Esta formação encontra-se consubstanciada na Lei nº 9/2009 de 4 de Março (no artigo 39º relativo ao exercício das atividades profissionais de parteira e na pág. 1515, relativa ao programa de estudos para parteiras, no que diz respeito ao ensino teórico e técnico assim como ao ensino prático e ensino clínico), que transpôs para o direito nacional a Diretiva n.º2005/36/CE, de 7 de Setembro, do parlamento e do conselho das Comunidades Europeias.

Desde 1996, ano de publicação do Regulamento Profissional dos Enfermeiros, estes desenvolvem as suas intervenções autónomas e interdependentes de acordo com as qualificações legalmente reconhecidas.

No âmbito deste trabalho, entendem-se como intervenções autónomas de enfermagem, as que correspondem às ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, na prestação e gestão de cuidados. (OE, 2009).

Mais especificamente, o enfermeiro especialista, é aquele que tem

“ (...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.” (OE, 2010)

As competências desenvolvem-se no indivíduo, considerando a formação pessoal (história de vida e processos de socialização), formação educacional e experiência profissional. Com igual importância situam-se os aspetos referentes à responsabilidade que implicam conhecimento teórico, operacional e domínio de saberes, imbuído de uma atitude proactiva, motivadora e responsável pela atividade que desenvolve. É-lhe, por isso, conferida a

legitimidade que congrega o reconhecimento pela equipa/organização, no que diz respeito à sua capacidade de agir confrontado com as situações que ocorrem. Na competência é dado ênfase ao articulado nos vários níveis de interação, ao reconhecimento pela legitimação associada à importância da formação pessoal, educacional e saberes declarativos e atitudinais (LeBoterf, 1997).

No que diz respeito às competências desenvolvidas, na assistência e acompanhamento da grávida/casal que apresentam um plano de parto, a abordagem centrada nesta realidade é preconizada, no entanto o processo de cuidados está inserido num todo organizado, e quando é preciso agir num contexto particular e refletimos na prática, as limitações estão presentes, e como refere Benner (2005, p.58):

“ (...) o processo de cuidados de enfermagem e a análise das decisões são limitadas, na medida em que a dificuldade da tarefa, a importância relativa, os aspectos relacionais e os resultados de uma prática competente não são completamente apreendidos se neles não incluirmos o contexto, as intenções e as interpretações desta prática competente.”

Estas limitações relacionam-se por vezes com a dificuldade de analisar e descrever todas as intervenções e interações, que surgem da relação de confiança que resulta da parceria que se estabelece. Esta circunstância pode causar omissão de aspetos relacionados com a identificação de necessidades, observação, reflexão e deliberação que precedem a decisão da enfermeira especialista, quando as solicitações exigem estabelecimento de prioridades e continuidade de cuidados num contexto hospitalar. De acordo com Benner (2005, p.150) as enfermeiras peritas aprendem a organizar, planificar e a coordenar as diferentes necessidades e solicitação dos doentes, e a adaptarem incessantemente as suas prioridades às mudanças constantes ao seu estado. É também necessário um esforço suplementar na apreciação, descrição do contexto, situação de cuidados, pessoa cuidada, família, cumprimento do plano de parto, funções e interpretações individuais dos vários protagonistas presentes. Existiu um esforço para a sua realização, como se pode verificar no diário de aprendizagem apresentado sobre a grávida/casal com plano de parto, que constituiu o estudo de caso neste estágio .

Esta reflexão descreve as competências de envolvimento com esta parturiente/casal, que são fulcrais quando se ganha perícia profissional, porque a promoção do bem estar de pessoas que estão vulneráveis, requer atenção particular sobre a situação ou problema (Benner,2005), principalmente se nas fases de transição se evidenciam sofrimento físico, psicológico, emocional e espiritual. Este envolvimento reflete-se também nas inseguranças do prestador de cuidados (Apêndice VI).

O trabalho em ambiente hospitalar está organizado essencialmente para o cuidado nas vertentes biológicas, mas não podem ser descurados outros domínios dos cuidados de enfermagem como sejam a função de ajuda, educação e organização de cuidados (Benner,2005) inscritos nas competências exigidas aos enfermeiros.

Na formação do EESMO é dada mais ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, privilegiando uma atuação fundamentada na compreensão do fenómeno da reprodução como singular, contínuo e saudável, no qual a mulher é o foco central, e que se desenvolve num determinado contexto sócio-histórico (Riesco, 2002).

Esta abordagem holística e centrada na pessoa cuidada está descrita no âmbito das competências 1; 4; 5 e 6, das<sup>5</sup>, que impõem ao EESMO o desenvolvimento de competências que o capacitem para:

- possuir os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé.
- prestar cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzir um parto limpo e seguro e resolver determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.
- prestar às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis.
- prestar cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade.

---

<sup>5</sup>Essencial competencies for basic midwifery practice descritas pela International Confederation of Midwives

Também se pretende que o discente de acordo com as competências específicas do EESMO, atinga os seguintes objetivos no EC:

- prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade e da mortalidade materna e perinatal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar materno-fetal;
- prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal, no ciclo de fertilidade e no âmbito da parentalidade, em situação de saúde e de doença, durante o trabalho de parto no acompanhamento, vigilância e assistência de partos eutócicos e distócicos em meio hospitalar;
- prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém nascido otimizando a sua adaptação à vida extrauterina.

Para atingir estas atribuições compete ao EESMO assegurar que desenvolve as competências clínicas especializadas, alicerçadas num conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica, que lhe permitam ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (Regulamento n.º 122/2011).

Para a apropriação das competências, os enfermeiros especialistas não se encontram limitados exclusivamente às práticas, integram a socialização escolar, profissional e o confronto dos saberes com os contextos, bem como a sua conversão em competências técnicas, científicas, a integração do exercício, atribuição e o reconhecimento dos direitos das parturientes (Tereso, 2006).

Nesta perspetiva a seleção de intervenções autónomas, também a desenvolver na prestação de cuidados, (durante o trabalho de parto, parto e puerpério) compreendem-se como aquelas a que o enfermeiro especialista dá continuidade, quando identifica com a grávida/casal essas necessidades no seu plano de parto. Segundo Benner (p.201, 2005) “o enfermeiro especialista não precisa de ter medo de se envolver e de ser aberto”. Nas intervenções que os EESMO desenvolvem, é imperativo identificar as necessidades reais da grávida e ser capaz de respeitar a sua vontade, nos cuidados que presta.

No desenvolvimento destas intervenções no Sala de Partos, como referido por Benner (2005, p 178) “(...) as iniciadas devem partir de princípios abstratos, de modelos formais e de teorias para aprender tudo com segurança. A experiência

experimental põe as questões e testa os comportamentos em situações reais.” No dia a dia, somos testados nas situações de cuidados, necessitamos de mobilizar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos e adaptar o nosso comportamento na diferença do outro que cuidamos.

As competências foram avaliadas ao longo do percurso formativo, podendo constatar-se a sua evolução crescente e positiva ao longo do estágio através das avaliações formativas e avaliação final.

### **3.1. Reflexão e análise crítica das competências desenvolvidas**

A informação constante neste subcapítulo é complementar à informação que tem por base a segunda reflexão apresentada durante este Estágio.

As reflexões durante o EC fizeram parte do dia a dia de cuidados, e que foram respetivamente partilhados com a orientadora local, discutidos através dos diários de aprendizagem e notas de campo, anexados ao relatório, tratando-se de momentos de muita consciencialização da exigência das práticas do EESMO.

No início do estágio fomos observadoras, participantes da dinâmica de um Bloco de Partos. O período de integração ao serviço, foi decorrendo com alguma serenidade.

Em Portugal como nos países industrializados, os EESMO como descrito pela (OMS 1999, p.4) “trabalham em hospitais, sob a supervisão de obstetras, isso significa que a assistência ao parto normal é parte da assistência de todo o departamento de obstetrícia, estando por tanto sujeitos às mesmas regras e condutas, com pouca distinção entre gestações de baixo e alto risco.”

Também por essa razão, o acompanhamento do casal no trabalho de parto, é muito diferente daquilo que a nossa imagética sugere. Ao confrontarmos a nossa prática, com os conteúdos programáticos, esperamos que o contexto da sala de parto hospitalar nos permita desenvolver competências para garantir e assegurar a vigilância, acompanhamento e assistência ao parto normal.

Tendo como referencial os objetivos traçados, as competências foram gradualmente tomando forma, utilizando os resultados da evidência científica, refletindo sobre as práticas, sob a orientação da minha orientadora local.



Inicialmente com rigor metodológico de quem tem que pensar em todas as etapas *per si*, e ao mesmo tempo não descurar a vigilância do bem estar materno-fetal. Depois com mais segurança, e com alguma autonomia.

As manobras de Leopold já treinadas nos ensinamentos clínicos anteriores permitiram identificar a apresentação e posição para monitorização da dinâmica uterina e frequência cardíaca fetal, de início, pelo menos, nas primeiras grávidas ocorreram de acordo com a orientação recebida. A partir daí, com autonomia foi também incentivado o uso da telemetria, para promover a deambulação e desconectar a grávida do CTG para esta se deslocar à casa de banho, mediado por incentivo, informação, esclarecimento e consentimento tácito. Durante este período foi garantida a vigilância e acompanhamento de 70 grávidas em trabalho de parto.

A interpretação do registo cardiotocográfico foi cuidada e debatida entre os pares quando a situação o exigia, a transmissão ao médico de situações que colocassem em risco o bem-estar fetal, também constaram desta experiência.

A vigilância, o acompanhamento e assistência à díade no momento do nascimento, constitui-se num estágio de expectativa para a grávida/família/acompanhante, a orientadora e estudante. O acompanhamento e a assistência no parto foi uma experiência emocional gratificante, talvez porque toda a experiência profissional foi em torno da saúde materna e obstétrica, não tivemos sentimentos de deslumbramento, parecia que já tínhamos realizado estes procedimentos.

O que nos arrebatou nesse processo, foi cuidar e observar a parturiente expressar e vocalizar o nascimento do seu filho, expulsá-lo e o recém nascido esgueirar-se rodando num espaço tão apertado, e em extensão entrar em contacto com a vida extrauterina, respirar, choramingar, abrir os olhos, cerrá-los e em flexão estar de novo em contacto com o corpo quente e acolhedor da mãe.

Com efeito o período expulsivo em si não tem muita complexidade. O apoio do polo cefálico, e proteção do períneo são manobras cimentadas na prática, mas que são discutíveis (OMS, 1999). Se a posição de parto for mais favorável, mais verticalizada ou com a bacia livre, constitui-se num recurso de controlo, naquilo que não é controlável, que é a expulsão visceral do feto.

Verificou-se que a maior parte das parturientes, após orientação e esclarecimento sobre os posicionamentos, adotaram a posição semi sentada com os pés apoiados na face interna das pernas, mantendo a bacia livre e orientadas para se moverem em liberdade de acordo com o que o corpo exigia. Mostraram-se agradadas com essa posição que foi facilitadora no período expulsivo, e algumas mulheres recusaram mudar de posição mesmo, quando incentivadas para fazê-lo por outros profissionais.

A participação do acompanhante ou da mãe no corte do cordão umbilical foi sempre uma experiência constante, as razões invocadas para não o fazerem, a comoção dos que o fizeram, e a troca de emoções nesta pequena etapa do parto demonstraram quão importante é dignificar e humanizar o ambiente onde o parto ocorre, iniciando assim o processo de vinculação.

Após a expulsão da cabeça fetal, também a verificação da existência de circulares cervicais é algo que pode constituir-se numa complicação do parto, não o sendo na maioria dos casos, e por procedimentos de rotina a clampagem do cordão é imediato. Na evidência científica, existem procedimentos mais favorecedores do que o clampagem imediata do cordão, como a manobra de sobressalto, guiando a cabeça fetal para junto da região púbica materna, permitindo a expulsão por sobressalto do corpo fetal (Mercer et al, 2005), garantindo sempre o bem estar do nado vivo, assim como as condições de integridade do cordão umbilical e a sua pulsatilidade.

Hoje em dia nas práticas obstétricas a clampagem do cordão entre 1 a 3 minutos é um recurso recomendado pela (OMS,1999). Garante-se assim um aporte de 60 ml de sangue que influencia positivamente as estruturas respiratórias, (ereção do plexo capilar pulmonar) ainda em fase de adaptação do recém nascido à vida extra uterina, e na medida que a respiração continua, níveis mais altos de oxigenação estimulam os centros respiratórios cerebrais que estimulam o encerramento das artérias umbilicais e do *ductus* venoso (Mercer et al, 2005).

Na prática, esta clampagem tardia advoga beneficemente o bem estar do recém nascido, embora transmita alguma angústia e nervosismo à equipa que não utiliza esta prática nos cuidados que presta. Após o vigésimo parto foi uma prática que se promoveu junto da equipa de enfermagem em diálogo com a parturiente/casal, tendo-se verificado que, 26 recém nascidos beneficiaram

deste cuidado, sem complicações. Por outro lado, quando existe por parte dos pais o pedido de colheita de sangue e cordão para criopreservação de células estaminais, nesses casos, não se pode protelar mais que 30 segundos a clampagem do cordão, principalmente se a sua estrutura for fina, com risco de uma colheita menor que os 40 ml habitualmente obtidos.

Os cuidados imediatos ao recém nascido exigem serenidade, ponderação e algum tempo, os scores atribuídos ao Índice de Apgar permitem uma avaliação do bem estar, e na maior parte das situações a importância da relação precoce sobrepõe-se aos procedimentos hospitalares de rotina. Proporcionar ao pai ou acompanhante a participação nos cuidados de conforto nomeadamente na colocação da fralda e vestuário, revelaram-se momentos de estreita parceria, que culminaram em experiências gratificantes para uns e outros.

O parto distócico foi a situação de cuidados que mais angústia nos provocou, e que por vezes foram efetuados.

As técnicas utilizadas nestas situações segundo a OMS, como a cesariana, prática, frequentemente utilizada de modo inadequado OMS (1999). A ventosa, outra técnica extratora, que traumatiza o recém nascido, por vezes desfigura-o, e acima de tudo o deixa com marcas e queixumes, sofrendo, por vezes afastado da sua mãe para ser submetido a oxigenioterapia o que contribui para dificultar e atrasar o início da amamentação, associado à ansiedade da mãe pelas consequências visíveis.

A manobra de Kristeller é uma prática que a OMS (1999) considera como categoria C, isto é, não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara, associada à distensão manual do períneo que a OMS considera de categoria B como prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada.

Refletindo e relacionando com a filosofia subjacente ao modelo teórico que norteia este trabalho, estas práticas por vezes resultantes da interferência com o processo fisiológico do parto normal, desmoronam a proteção oferecida pelas linhas de defesa que envolvem a estrutura básica referida por Neuman&Fawcett (2011), como *core*. Nestas situações de pressão, as linhas de defesa (são quebradas por fatores stressores que vão deixar cicatrizes, e experiências de dor, desconforto e impotência). Como referem (Hanson, VandeVusse&Harrods,2001;Tumblin&Simkin,2001) cit. por Lowdermilk&Perry,

(2008, p.419), nesta situação “mulheres frustradas no que respeita ao nascimento dos seus filhos, recordam sentimentos de dor, falta de controlo, falta de conhecimentos, comportamento negativo de alguns prestadores”.

O trabalho multidisciplinar com a discussão dos casos clínicos seria uma estratégia vantajosa para todos os intervenientes, e a longo prazo poderia levar à adoção de decisões consensuais, baseadas na evidência científica, porém sabemos que como referem Lowdermilk&Perry (2008, p.11) “nem toda a prática pode ser baseada na evidência. Os profissionais devem usar a melhor informação existente na qual fundamentam as suas intervenções”. Aos EESMO compete também, o conhecimento das práticas recomendadas pela OMS no acompanhamento do parto normal, para poderem avaliar as decisões no contexto dos cuidados.

Também com o objetivo de prestar cuidados especializados ao recém nascido e implementar as medidas de suporte para a adaptação à vida extra uterina, colaboramos com a equipa médica, acolhendo 13 nados vivos submetidos a cesariana, ventosa e fórceps, aos quais prestamos cuidados e que também foram observados pelo pediatra, um deles foi posteriormente transferido para Cuidados Intermédios ao recém nascido.

O Ensino Clínico V inserido neste estágio, que decorre ao longo desta U.C., mas é autónomo desta, possibilitou à estudante EESMO, realizar uma observação participativa e permitiu o contacto direto com as características de recém nascidos doentes/prematuros e família. Participamos nos cuidados que lhes são prestados, e desmistificamos algumas ideias construídas ao longo do seu percurso profissional, nomeadamente a fragilidade do recém nascido, do ambiente fechado da unidade, da linguagem essencialmente técnica utilizada pelos profissionais e da falta de comunicação com o recém nascido.

Da observação participativa, verificamos que estes aspetos que supostamente estariam presentes na maior parte das situações, não correspondem à maioria dos casos, o que representa uma mais valia para todos aqueles que necessitam de contactar com este tipo de unidade de cuidados. Conhecer a realidade destas unidades permitiu-nos dialogar com os pais promovendo a aceitação e autonomia da família (Apêndice VII).

Também acolhemos e prestamos cuidados imediatos a 39 recém nascidos saudáveis, cinco deles vestidos pelos familiares, o que não é prática habitual nesta Unidade.

Da dequitação, também o diálogo com a parturiente permitiu a compreensão de mais uma contração forte, da expulsão da placenta e da necessidade da expressão uterina. As multíparas antecipam o que vão sentir e referem-se por vezes à placenta como “ainda falta sair o saco onde o bebê esteve” (sic). Já com sinais de descolamento referem “é agora”, e efetivamente a placenta é expulsa. A dequitação mais complexa que experienciamos, foi resultante de uma gravidez trigemelar, após redução embrionária seletiva da gestação gemelar monocoriónica no início do 2º trimestre da gravidez. O parto eutócico de feto único, 39 semanas, decorreu sem intercorrências. Na dequitação, a placenta de dimensão reduzida foi expulsa, as membranas aparentemente estavam íntegras e na sua remoção controlada verificou-se a existência de restos placentares de cor amarela-palha, parecendo desidratados, ligados às membranas expulsas, que se mantinham no canal de parto e cavidade uterina, sem aumento da perda sanguínea. Foram realizadas manobras de remoção manual que não surtiram efeito. Foi uma experiência única, pouco frequente e que permitiu à estudante atuar de acordo com as competências que adquiriu no Bloco de Partos, na vigilância e atuação no 3º estágio de trabalho de parto. Não foram encontradas na literatura descrições deste evento, mas a procura foi também discutida com peritos na área. A relação estabelecida com esta parturiente/casal permitiu que esta complicação fosse dialogada compreendida e aceite, mostrando-se a puérpera/acompanhante receptiva e participante.

No puerpério imediato, as puérperas encontram-se na maior parte das vezes ativas, despertas, olham, observam, tocam, encantam-se com o seu bebê e manifestam felicidade, quando nos referimos às suas características únicas, e o que o diferencia dos outros. Proporcionar-lhe neste momento, o apoio e aumentar a sua confiança no que respeita à amamentação torna-se fulcral. É importante deixar-lhe espaço para iniciar este processo, reconhecer o que está a correr bem e apoiar positivamente algum aspeto a corrigir. Nos recém nascidos que acompanhámos todos foram ativos e amamentados nos primeiros 60 minutos, até aqueles cujos Índices de Apgar eram mais baixos.

No que respeita aos cuidados de vigilância no puerpério imediato, (higiene e conforto, avaliação do Globo de Pinard, expressão uterina, eliminação vesical após duas horas) no pós parto dos “partos eutócicos” sentimos que, estas intervenções constituem-se por vezes como uma violência para estas puérperas, principalmente no que diz respeito à expressão uterina, apesar das orientações internacionais exigirem uma observação ainda mais invasiva no pós parto.

Como na sua maioria as parturientes são submetidas à técnica de epidural, a dificuldade da eliminação vesical temporária ocorre com muita frequência, recorrendo-se por isso ao esvaziamento vesical. Se as condições da puérpera permitissem, e a casa de banho estivesse acessível, as puérperas podiam urinar espontaneamente. Algumas mulheres múltiparas são mais autónomas, sentam-se na cama, urinam espontaneamente e não apresentam a dependência, característica das primíparas, que consentem ser tratadas como doentes.

Da experiência, verifica-se que os procedimentos descritos nos Planos de Parto, na sua maioria estão incluídos nas recomendações da OMS no acompanhamento e vigilância do parto normal. Estes procedimentos estão integrados na nossa prática clínica, não causando por isso nenhum desconforto ou perplexidade os pedidos e desejos da grávida/casal. Com muito à vontade se confrontam os pedidos, explicam-se os procedimentos, sugerem-se soluções, atendendo ao desejo do casal e colabora-se com alguns pedidos da doula. Em parceria encontram-se os melhores resultados com segurança e qualidade, de acordo com o Plano de Parto apresentado. (Anexo II).

O recurso a episiotomia seletiva foi utilizado 8 vezes, tendo informado as parturientes da razão da sua necessidade, (períneo curto, episiotomia anterior com processo cicatricial com coloide, tecido perineal friável e sofrimento fetal). Uma rotura de grau II e pequenas lacerações ocorreram nos 47 partos assistidos, garantindo um nascimento em segurança. A técnica cirúrgica da sutura foi realizada utilizando a técnica asséptica. Preferencialmente no períneo, utilizavam-se pontos Donatti, e suturas intradérmicas, de modo a minorar o desconforto. Foram técnicas de reparação que foram treinadas, praticadas e utilizadas, por deixarem um processo cicatricial menos doloroso e suturas menos identificáveis ao toque. Com objetivo de procedermos à

continuidade de cuidados visitamos 5 puérperas no serviço de puerpério, observamos a episiorrafia, e o seu processo de cicatrização, para além de outros aspetos. Ficamos agradadas quando as puérperas referiam que não sentiam os pontos, e que não tinham dores. Verificamos que o alinhamento da pele era perfeito, sem edema ou exsudado, sentimo-nos recompensadas pelo trabalho realizado. Os tópicos na área da educação para a saúde foram abordados, e no que se refere à amamentação algumas referiram a experiência do contato pele a pele como muito importante.

A experiência que tivemos neste ensino clínico, foi sob o nosso ponto de vista muito importante, energizante até. Os cuidados com muita complexidade, a exigência de conhecimentos concretos, a atitude investigadora, o debate, e o tempo, fatores que permitiram pesquisa direcionada, atitude proactiva por existência de projeto em trabalho de campo, atitude inovadora e prossecutora de práticas recomendadas pela OMS, contribuíram para a aquisição e maturação das competências exigidas aos EESMO.

### **3.2. Aplicabilidade do modelo de Betty Neuman**

Recorremos à nossa interpretação do Modelo de sistemas de Betty Neuman, no acompanhamento da grávida/casal que apresenta plano de parto. A seleção desta teórica também assenta na visão do sistema global considerado como sendo o ser humano na sua integridade (Pearson & Vaughan, 1992).

O modelo de sistemas de Betty Neuman é baseado em sistemas abertos que fornecem um foco unificador para abordar uma ampla gama de preocupações com a saúde. Sendo de natureza universal, é aberta à interpretação criativa, é como um guia multidisciplinar, holístico e abrangente. Para a excelência na prática da enfermagem, propõe uma abordagem da pessoa na sua globalidade (Neuman, 1982).

Alicerçamos a prática clínica na corrente de pensamento deste modelo o qual também propõe, a interação constante com o ambiente, quer interno quer externo, nomeadamente em relação aos fatores stressores que influenciam o equilíbrio da pessoa.

Os cuidados de enfermagem são intervenções que se orientam para alcançar a integridade da pessoa, considerando todas as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos fatores de stress, com a finalidade de reduzir os seus efeitos. Procurámos ajustar as dificuldades de execução do plano de parto, de maneira a proteger o *core* da cliente possibilitando o desenvolvimento do trabalho de parto e parto com segurança e pouca interferência, visando a integridade da pessoa.

A pessoa, um ser total constituído por variáveis fisiológicas (estruturas, funções corporais), e psicológicas (processos de pensamento e reflexão) que no trabalho de parto e parto, estão a ser postas à prova até ao limite da sua capacidade, proporcionando uma experiência única e irrepetível. Podemos observar que o ambiente hospitalar interfere diretamente neste processo, uma vez que toda a mulher apesar de preparada, é submetida aos exames, perguntas e rotinas na admissão e durante o acolhimento. Constrói nessa sequência uma imagética que lhe vai proporcionar ou não espaço de recolhimento necessário para o desenvolvimento das etapas relacionadas com o parto.

As variáveis sócio culturais (funções sociais e culturais) e espirituais (influências exercidas pelas crenças) evidenciam-se principalmente quando as grávidas são originárias de outras culturas, e por vezes a barreira linguística não facilita o diálogo e a compreensão, afetando a prestação de cuidados.

Todas estas variáveis capacitam a pessoa para o desenvolvimento de um todo integral com características centrais de sobrevivência protetores da energia básica do *core*. Este, encontra-se protegido pelas três linhas de defesa. A linha de resistência é a mais próxima e protetora do *core* que quando atingida provoca o mal estar, quando existem fatores stressores que invadem as linhas de defesa normal (intermédia) e linha flexível de defesa (periférica).

Saúde – Estado dinâmico de bem-estar e de mal-estar que está diretamente influenciado pelas variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais relacionadas com o desenvolvimento.

Na sala de partos apesar de na sua maioria as mulheres serem saudáveis, as intervenções de enfermagem dirigem-se à vigilância e identificação de situações de risco materno fetal constituindo-se num garante da segurança no nascimento. O treino dos profissionais predispõe para que o foco de atenção



sejam as alterações no decurso normal do parto. Porém, o nascimento sem complicações do nado vivo saudável, proporciona um bem estar subjetivo que auxilia na recuperação do estado dinâmico associado ao equilíbrio e estabilidade do sistema cliente.

Ambiente – define-se pelo ambiente interno, externo e criado. Os fatores de stress circundam a pessoa e os seus sistemas em interação permanente. As interações recíprocas podem ser positivas ou negativas. Como EESMO, procuramos proporcionar uma presença tranquila, o diálogo com respeito pela autonomia da grávida, preservando o seu ambiente interno, e pacificando o ambiente envolvente, com vista à estabilidade do seu sistema.

Na interpretação do modelo, a autora considera que todas as pessoas se encontram num estado de equilíbrio dinâmico com o seu meio envolvente, resultando no bem-estar e estabilidade do seu sistema. O stress surge como potenciador de tensão, causando instabilidade no sistema, e consequentemente desequilíbrio ou distúrbio na harmonia pessoal, esta situação ocorre quando os fatores stressores provocam a rotura das linhas de defesa da pessoa. Os stressores descritos são de origem ambiental (Neuman, 2011) e constituem-se em:

Factores intrapessoais dizem respeito a forças que provêm do próprio indivíduo. Na sua maioria, as primíparas a quem prestamos cuidados, demonstravam uma falta de conhecimentos básicos no que se refere ao decurso do trabalho de parto, e ausência de confiança na sua capacidade de se controlar, manifestado pela perda de controlo. O aumento gradativo da intensidade e amplitude das contrações leva-as a gritar antes, durante e após a contração, pedindo e implorando por terapêuticas que terminassem com aquele sofrimento. Outras porém, num número muito reduzido, (nomeadamente a utente que acompanhamos com seu plano de parto), esperavam pacientemente a contração, controlavam-na, sorriam e aguardavam a próxima. Quase todas expulsavam o seu feto por via vaginal, e acalentavam o recém nascido nos braços.

Factores interpessoais ocorrem fora dos limites da pessoa. Correspondem a forças que se manifestam entre duas ou mais pessoas. Os EESMO, são efetivamente aqueles que podem fazer a diferença na atitude que têm, perante a grávida que apresenta plano de parto. A compreensão e acompanhamento

permitem dar segurança, proporcionar o ambiente propício para que a grávida se sinta como parceira no trabalho de parto. Melhor que a própria EESMO, a grávida sabe dos seus limites, do conhecimento que detém sobre o trabalho de parto, e como minorar o desconforto que a contração provoca, pedindo auxílio quando necessita. Por outro lado a nossa solicitude também permite a partilha e a parceria, tornando esta experiência enriquecedora para ambas.

Factores extrapessoais correspondem a forças exteriores ao sistema que agem sobre a pessoa. O sistema de saúde ao instituir o parto hospitalar condicionou a liberdade de escolha da grávida, as unidades de cuidados estão vocacionadas e formatadas para esta finalidade. As equipas de saúde são constituídas na maioria das vezes, por pessoas não conhecidas, rostos por vezes sem nome. Os profissionais zelam para que nada lhes escape do controlo, nas consultas de vigilância da gravidez, seja hospitalar ou na comunidade, a referência final é sempre o Bloco de Partos de um hospital. Neste contexto por vezes as práticas relacionadas ao tratamento da doença e a valorização do risco, sobrepõem-se às necessidades individuais da grávida, nomeadamente no que diz respeito a um planeamento inicial, que a mesma considerou essencial para um parto sonhado ou mesmo idealizado.

A informação prestada nem sempre é clara, por vezes é ambígua, incerta. Como pode a grávida ficar esclarecida e anuir? Coloca-se sempre a grávida em desvantagem, e aí os fatores stressores extrapessoais podem modelar violentamente esta experiência de vida.

Neuman (1982) enumera e descreve as três principais intervenções de enfermagem: prevenção primária identificando os fatores de risco de modo a prevenir possíveis reações, relacionando-os principalmente com as intervenções de enfermagem protetoras da integridade da pessoa e do seu equilíbrio, respeitando o plano de parto, comunicando quaisquer alterações e obtendo o seu consentimento para as ações de vigilância e procedimentos necessários; prevenção secundária tratando os sintomas após reação a fatores de *stress* com o objetivo de reduzir os seus efeitos negativos. A comunicação aberta e ativa envolvendo o acompanhante esclarecendo e informando sobre as situações com que nos formos deparando, minimiza e reduz o efeito stressor perante o diagnóstico precoce das complicações e utilização de um tratamento ou técnica eficaz; prevenção terciária diz respeito à reconstituição e

manutenção do bem-estar do sistema após tratamento. Neste âmbito, apesar da tecnologia se impor na sala de partos, os pais ao observarem o seu recém-nascido saudável ficam na sua maioria ligados às emoções positivas que esse encontro proporciona, reestabelecendo naquele momento o equilíbrio da família que deveria no parto normal permanecer junta. Apesar da dedicação e excelência dos cuidados de enfermagem estes, são os efeitos residuais do parto medicalizado numa sala de partos, onde acima de tudo os EESMO são treinados para cumprir todos os procedimentos de segurança protocolados de modo a evitar qualquer situação de risco, quer para a mãe quer para o recém-nascido, garantindo o seu bem estar.

## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à discussão dos resultados alcançados através da revisão da literatura, e das atividades desenvolvidas neste estágio final. Estas tinham o propósito de dar resposta aos objetivos delineados no projeto, com vista ao alcance das competências do enfermeiro especialista nesta área de cuidados. A prática baseada na evidência “é o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre os cuidados de saúde” Sackett et al 1997, p.2 cit. por Craig e Smyth (2004), p.8). Esta definição constituiu o ponto de partida, para que também no contexto de estágio, procurássemos desenvolver as atividades específicas no que se refere ao acompanhamento da grávida/casal que apresentassem o seu plano de parto.

Os resultados encontrados explicitam as intervenções necessárias para a elaboração dos planos de parto, caracterizam a população e esclarecem dos resultados obtidos em ambiente hospitalar. Descrevem as intervenções que precedem a apresentação dos planos de parto, assim como os resultados no que se relacionam com a satisfação e contributos dos planos de parto para as mulheres e os profissionais envolvidos.

O enfermeiro obstetra encontra-se numa posição singular para identificar e corresponder às expectativas da grávida/casal que esperam um filho, nomeadamente quando ocorre um parto normal, na definição da FAME (APEO p.20, 2006) realça a importância da atitude do profissional.

“ processo fisiológico único com o qual a mulher finaliza a sua gravidez de termo, em que estão implicados factores fisiológicos e socioculturais. O seu início é espontâneo, evolui e termina sem complicações, culminando com o nascimento e não implica mais intervenções que o apoio integral e respeitoso do mesmo”

Essa singularidade no arquétipo hospitalar permite-lhe identificar e corresponder às expectativas da grávida/casal, no que concerne aos planos de parto, concebidos com o seu auxílio ou não, onde se encoraja uma participação ativa no trabalho de parto e parto, possibilitando assim, uma experiência aprazível, securizante e positiva. Verifica-se que é uma ocorrência

relativamente comum a grávida que se apresenta com um plano de parto no hospital, e não se limita apenas às práticas das enfermeiras obstetras (Deearing et al 2006). O autor quando se refere às práticas das enfermeiras obstetras, refere-se ao espaço que estas criaram na preparação pré-natal da grávida/casal, para que esta possa de uma forma responsável exercer o seu direito à autonomia num processo tão único quanto o parto. Na nossa experiência hospitalar não se constata o mesmo achado, uma vez que num período de seis anos foram apresentados somente 74 planos de parto.

Os dados confrontados com os resultados da evidência demonstram que os planos de parto são sobretudo apresentados por mulheres com níveis educacionais mais elevados. E é razoável pensar que este tipo de clientes apresenta planos de parto numa tentativa de manter algum grau de controlo numa nova situação (Deearing,etal2006).

A construção do plano de parto, ainda não aparece contemplada nas atividades de enfermagem na vigilância pré-natal existente em Portugal (embora existam algumas exceções nos cursos de preparação para a parentalidade, que necessitam de um estudo mais aprofundado). Os cuidados dos EESMO ajudam as pessoas a adquirir o tipo de informação que precisam, para poderem escolher numa situação particular de saúde (Chalifour,1993).

Esta ajuda passa pela contribuição dos EESMO na construção de uma abordagem intimista no acompanhamento do parto alicerçada em atitudes de escuta. Segundo Chalifour cit. Veladas (1998) definiu-a como, "...uma maneira de nos comportarmos no decurso de uma interação. Pressupõe a presença de certas atitudes onde as manifestações são observadas, quer em comportamentos verbais e não-verbais do facilitador de ajuda."

Também, atitudes de respeito, empatia, empenho, honestidade, dignidade e responsabilidade. Com estas atitudes os enfermeiros traduzem o respeito pela autonomia e integridade física da mulher procurando respeitar as suas escolhas e contribuir para o seu *empowerment*.

Por outro lado estas decisões por parte dos EESMO promovem a autonomia profissional e melhoram a integração da teoria na prática exercendo-a segundo princípios científicos, podendo por isso prever com exatidão, as consequências do cuidado e a dimensão das respostas (Meleis,1991).

Em ambiente hospitalar por se ter imposto modelo tecnicista, torna-se complexo encontrar um contexto propício ao acompanhamento de uma parturiente que apresente um plano de parto com uma abordagem ao parto normal. A evidência encontrada refere que normalmente é segura essa execução, os pedidos mais comuns de andar durante o trabalho de parto, evitar analgésicos, epidural e episiotomia, são todos razoáveis e não comprometem o nível de cuidados (Deearing, et al,2006).

Da prática clínica, nos partos experienciados, a estrutura hospitalar afirma-se, e a aprendizagem realiza-se principalmente para o acompanhamento do parto medicalizado, excecionalmente facilitando ao EESMO outras experiências senão aquelas que decorrem num ambiente muito tecnicista. Também outros fatores estão presentes, como as limitações que correspondem às barreiras existentes, e relacionam-se com a falta de tempo e falta de habilidade para dar resposta cabal a todos os desejos da grávida (Yam et al 2007). Estas habilidades estão consubstanciadas na relação de ajuda, e (Lazure,1994) refere que os enfermeiros, se desejarem estabelecer uma relação de ajuda devem ser mais que bons técnicos e “devem preocupar-se com os seus clientes de uma forma holística”.

Os pedidos mais comuns constituem-se como aqueles para quais o EESMO terá que estar preparado e como refere (Marques,2009), devem ser encaradas como um instrumento de comunicação das preferências ou opções para o parto. O cumprimento do plano de parto na sala de partos, é respeitado se os desejos não se constituírem em procedimentos de vigilância e segurança técnica.

Os pedidos mais comuns no plano de parto na proporção dos 68 planos de parto recolhidos no estudo de (Deearing, et al 2006) estão descritos no quadro 3 (Apêndice V), e proporcionam a informação sobre os desejos das grávidas/casais. Os registos neste quadro, contemplam muitos pedidos integrados nas práticas de categoria A emanadas pela OMS no acompanhamento do parto normal, que se referem às práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (Rocha & Novaes,2010).

No que diz respeito à resposta dos cuidadores, procurou-se no local de estágio junto dos intervenientes do processo identificar como ocorre a apresentação do

plano de parto na sala de partos? Verificamos que os planos de parto são enviados para a direção clínica ou ao cuidado da enf. chefe do serviço de urgência obstétrica. Por vezes as grávidas visitam o serviço, e expõem os seus desejos e dúvidas no que se relaciona ao plano de parto. Os planos de parto são divulgados junto da equipa que atende a grávida/casal, as respostas são executadas de acordo com alguns desejos, mas acautelada a vigilância técnica.

Nesta perspetiva a seleção de intervenções autónomas, também a desenvolver na prestação de cuidados, (durante o trabalho de parto, parto e puerpério) compreendem-se como aquelas a que o enfermeiro especialista dá continuidade, quando identifica com a grávida/casal essas necessidades no seu plano de parto. Também aquelas que de acordo com a *leges artis* o enfermeiro especialista coloca ao serviço da parturiente/casal, e as quais esta consente de uma forma esclarecida, demonstrando uma atitude recetiva e o enfermeiro não precisa de ter medo de se envolver e de ser aberto (Benner, 2005).

O EESMO ao tomar conhecimento dos planos de parto e ao planear a sua intervenção pode contribuir com respeito e apoio porque as mulheres também acreditam que os planos de parto influenciam positivamente os profissionais em termos dos seus comportamentos com as grávidas (Yam, et al 2007).

Importa salientar que o esforço despendido pela grávida/casal para a concretização do plano de parto, exige a mobilização dos fatores stressores intra, inter, e extrapessoais identificados por Neuman (1982) como fatores ambientais que predispõem ao equilíbrio. Para a concretização do plano de parto, a grávida dirige a sua energia na procura de alianças. O trabalho em parceria para a elaboração do plano de parto exige, identificação da fisiologia do parto e estratégias para alívio da dor, discussão das opções, reflexão sobre as alternativas, deliberação em conjunto com cuidadores e decisão final, tornando este documento individual, numa meta a ser atingida e um compromisso a ser respeitado.

Na evidência obtida, as mulheres mencionaram que a elaboração de um documento escrito delineando as suas necessidades e preferências foi muito gratificante e uma experiência mais personalizada. Reconhecem que o parto nem sempre ocorre como especificado no plano de parto, mas mesmo assim,

dão muito valor à apresentação do plano de parto, que incrementa a comunicação com os cuidadores. Por outro lado, estavam totalmente satisfeitas com a experiência de prepararem o plano de parto, (Yam, et al 2007) e muitas clientes mudam de ideias no que se refere a alguns pedidos iniciais, principalmente os que se relacionam com o controlo da dor. (Deearing, et al,2006).

O plano de parto é aceitável e realizável, os prestadores de cuidados de saúde têm mais em consideração a mulher, daquilo que esta precisa, e estarão mais atentos às suas necessidades. Os profissionais na generalidade concordam e citam que se melhoram os cuidados individualizados às mulheres, uma vez que as suas necessidades e sentimentos podem ser ponderados. Também referem que na teoria os planos de parto têm muitas vantagens para ambos, profissionais e mulheres. Alguns expressaram dúvidas quanto à exequibilidade deste tipo de abordagem sem um apoio muito forte por parte dos administradores para providenciar espaço físico e incentivo financeiro para estimular e assegurar uma implementação com sucesso (Yam, et al, 2007).

Existem hospitais que organizaram este tipo de intervenção junto da população grávida, e isso é vantajoso. As vantagens são um melhor prognóstico porque a grávida está mais consciente, mais participativa desde que entra no hospital. As desvantagens estão relacionadas com tempo e espaço (Yam, et al, 2007). Tempo utilizado no acompanhamento da parturiente, e espaço devido às características das salas de partos. Destes resultados podemos depreender que seria necessária uma mudança de política e filosofia, para dar resposta, pelo menos às grávidas, que de uma forma consciente e responsável pretendem que o seu parto ocorra de acordo com a sua fisiologia. As transformações ambientais não se constituem como os maiores obstáculos, mas a atitude dos profissionais e a renovação das práticas clínicas correspondem à mudança do modelo disciplinar, e estas requerem estratégias de partilha e compromisso (Khun1977, cit. Por Meleis, 1991).

O exemplo descrito no estudo exploratório de Yam et al, é ostensivamente sobre a viabilidade de implementação de plano de parto (Chalmers,2007) que correspondeu à realização e aceitação da introdução de planos de parto num hospital que serve uma população desfavorecida no México residiu num



esforço notável para descobrir se há melhorias na qualidade de atendimento e incremento na comunicação paciente-médico.

Os resultados obtidos podem ser transportados para a nossa realidade hospitalar, e se pretendemos que os cuidados de enfermagem especializada sejam reconhecidos e legitimados pela população, deverão envidar-se esforços para implementar esta estratégia na vigilância da grávida no período pré-natal.

Também a informação recolhida nos Workshops contribui para identificarmos a necessidade de algumas mudanças na prática de enfermagem nas salas de parto, verificando-se através das unidades de registo, algum *deficit* no compromisso da execução do plano de parto: como resolver o desejo da alta precoce da mãe e do recém nascido; a massagem que é delegada ao acompanhante, o deambular que dependerá do bem estar materno-fetal, e o número de acompanhantes que dependem das normas do serviço.

De referir que apenas foi possível encontrar 3 mulheres com plano de parto, pelo que nos apercebemos, e nos cuidados prestados procurámos ir ao encontro do que cada mulher procura para si no momento do parto, e planeámos as nossas intervenções no sentido de as ajudar a concretizar, na medida do possível, essa expectativa. Uma das parturientes estava consciente do percurso que queria fazer, utilizava técnicas já treinadas durante a gravidez para o alívio da dor, com o seu companheiro e doula, partilhava o desafio, as decisões, e controlou, enquanto lhe foi permitido o seu trabalho de parto. As outras duas parturientes demonstraram não estar preparadas, para as técnicas de alívio da dor. Não valorizaram os seus desejos, preferindo que os profissionais tomassem a iniciativa nas decisões que eram necessárias, não tendo treinado estratégias em qualquer recurso para esta etapa da sua vida.

## **5. REFLEXÃO SOBRE AS QUESTÕES ÉTICAS**

Consideramos que a investigação contribui para o desenvolvimento dos conhecimentos na prática de enfermagem. Como enfermeiros temos a obrigação de respeitar e proteger a dignidade das pessoas em todas as etapas de sua vida. Verifica-se que ao longo do tempo, os estudos realizados têm como resultados o progresso da prática e a satisfação do cliente. Para a inclusão dos dados e testemunhos incluídos neste relatório foi obtido o consentimento dos participantes, após informação esclarecida sobre os objetivos do mesmo (grávida/casal e enfermeiros). Foram salvaguardados os princípios éticos da confidencialidade, a beneficência e não maleficência, o respeito, a justiça e equidade, autonomia, veracidade e fidelidade. A descrição pormenorizada de certas ocorrências passadas na Unidade, se importantes para a discussão ao longo do E.C, foram omitidas, acautelando o anonimato e o sigilo.

Parafraseando (Sarmiento & Festas 2002, p.219) “cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos a levados a prestar aos outros”, este ato na enfermagem obstétrica, desafia os EESMO para a humanização e centralidade do cuidado que presta.

Nesta perspetiva, na sua relação profissional com a grávida/casal, o enfermeiro respeita os princípios e valores que são inerentes e indissociáveis da enfermagem. Pode inferir-se que esta disciplina é uma área de conhecimentos que possui, intrinsecamente uma dimensão ética muito forte (Figueiredo, 2004). (Fortin, 1999, p. 116) refere que dos direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos o direito à autodeterminação, baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, Segundo (Nunes, Amaral e Gonçalves 2005, p.17), o respeito à dignidade humana deve ser prioridade da equipa de saúde, facilitando ao cliente tudo quanto contribua para o seu bem-estar psíquico e moral, tendo sempre presente essa premissa.(Figueiredo, 2004, p. 123) menciona que qualquer pessoa é capaz de decidir por ela e está relacionado com a escolha voluntária do sujeito. Os Planos de Parto tendem a demonstrar essas opções, e por isso deseja-se que sejam respeitados e cumpridos de acordo com as

preferências da grávida/casal, e quando isso não é possível, a escuta ativa, o esclarecimento e informação são preciosas ferramentas que mitigam a desilusão e frustração.

No contexto da Sala de Parto, e partindo do pressuposto que as opções do plano de parto apresentado pelas grávidas, se baseiam nas escolhas (da grávida), baseada na evidência, a mulher é vista como uma parceira e a sua vontade não pode ser ignorada (Martins, 2009). Esta condição está associada ao reconhecimento da sua competência para decidir, dentro dos conceitos éticos e legais. Também a capacidade que se refere ao seu estado psicológico empírico, em que podemos afirmar que a decisão que toma é a expressão real da sua identidade individual, isto é a sua autonomia (Lorda, 1997 cit. Martins, 2009). E respeitar a autonomia, é respeitar a sua dignidade e liberdade, centrando os cuidados de saúde com foco na grávida, estimulando-a e ajudando-a a ser o elemento principal no processo de decisão (Martins, 2009).

No exercício das suas competências os EESMO confrontados com a apresentação dos planos de parto, têm que fazer um esforço contínuo de empenho e dedicação para adequar os cuidados especializados às escolhas da parturiente. Esta situação torna-se um desafio para a prática clínica dos EESMO, uma vez que a sua formação está alicerçada no acompanhamento do parto hospitalar. Para a exequibilidade dos planos de parto também é necessário que os grupos profissionais dialoguem e conheçam segundo (Sarmiento&Festas, 2002) “os saberes próprios de cada profissão, que envolvam um saber teórico que é cognitivamente aprendido, um saber prático que é demonstrado com perícia e arte e um saber ser que conduz à excelência de cuidados e um agir profissional assertivo.”

Em contexto hospitalar, quando se recebem plano de parto, esclarece-nos Serrão (2002, p. 240), que se pretende, que os profissionais de saúde de acordo com a instituição promovam uma informação pública, leal e completa, das possibilidades de prestação de cuidados de que a instituição é detentora, no sentido de orientar a procura evitando desilusões e sofrimento às pessoas.

## **6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

Ao concluirmos este relatório, identificamos aspetos relacionados com a responsabilidade na vigilância da gravidez, na formação e desenvolvimento de competências dos EESMO, e nas organizações prestadoras de cuidados.

Sugere-se, para minimizar os efeitos negativos das políticas atuais nesta área, que nos programas de cobertura da vigilância do período pré-natal, se organize uma consulta de enfermagem com a finalidade de fornecer à mulher as informações necessárias para elaboração do plano de parto e identificar com ela as suas preferências ajudando-a nas suas escolhas, quando a sua vigilância está atribuída aos enfermeiros especialistas.

Para isso, também os enfermeiros precisam de desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e atitudinais que lhes permitam o desenvolvimento deste tipo de atividade no âmbito da promoção da saúde.

Às Escolas Superiores de Enfermagem, também a sugestão de incluírem nos seus conteúdos programáticos este corpo de conhecimentos, de modo a sensibilizar os futuros enfermeiros especialistas para o desenvolvimento das competências específicas que lhes permitam acompanhar, vigiar e assistir o nascimento garantindo a segurança e o bem estar materno, indo também ao encontro das escolhas da grávida/casal.

Por outro lado a nível micro, nas unidades de cuidados, quando as mulheres já traçaram as suas escolhas e apresentam os planos de parto, deverão providenciar-se todos os meios para a sua concretização, atribuindo aos enfermeiros que já desenvolveram competências nessas áreas, a responsabilidade do acompanhamento destas mulheres, garantindo assim a resposta aos projetos de vida de cada pessoa.

Na nossa realidade hospitalar, o tipo de questionamento sugerido por Gaskin, poderia constituir-se em perguntas ofensivas para o profissional, isto porque partimos do pressuposto que fazemos aquilo que é mais adequado de acordo com a nossa experiência, e a população em geral não nos questiona. As perguntas diretas colocam-nos algumas vezes numa situação incómoda, e as respostas devem emitir a resposta aberta e honesta. A mesma autora refere que se alguma das perguntas provocam ressentimento, sarcasmo, hostilidade,

táticas intimidatórias, ou respostas vagas e paternalistas, é preferível nessas situações a grávida/casal continuar a procurar até se sentir confortável com o profissional que vai acompanhar o parto (Gaskin,2003).

As intervenções dos EESMO podem influenciar positivamente a experiência do parto, se em parceria desenvolver ações conducentes e apropriadas ao plano de parto de acordo com os desejos da grávida/casal, confiando na capacidade da mulher, demonstrando segurança no acompanhamento do trabalho de parto, parto e puerpério mediada por competências cognitivas, técnicas e atitudinais.

Do que se pôde observar e vivenciar, os profissionais que trabalham nas salas de parto referem-se ao plano de parto como um instrumento muito importante e que é cumprido de acordo com os desejos nele expressos, mas nas suas práticas e no seu discurso está muitas vezes presente o modelo biomédico, com a salvaguarda da segurança, e esta segurança está associada à experiência, às rotinas, protocolos e ao receio de assumir responsabilidades para as quais não estão preparados.

Na atualidade os planos de parto não são uma novidade, mas o seu cumprimento em ambiente hospitalar ainda não é totalmente conseguido.

## 7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO/RELATÓRIO

Ao longo do percurso que presidiu à realização deste relatório algumas limitações foram identificadas, e que sob o nosso ponto de vista, se constituíram em etapas que nos redirecionaram o estudo e que nos convidaram a reorganizar, e assim nos permitirem chegar ao seu final, agradados com o resultado obtido.

Estas limitações relacionaram-se com a inexperiência em revisões da literatura, também assegurar o rigor metodológico, a gestão de tempo e a necessidade de encontrar resultados credíveis que respondam às questões colocadas.

A gestão do tempo foi um fator importante que nos levou a limitar a revisão da literatura para darmos resposta aos objetivos do estudo. Os dados obtidos foram os mais pertinentes face à pergunta de investigação, e as matérias que constituem os aspetos relacionados com a informação, esclarecimento e educação para a saúde da grávida/casal seriam muito interessantes de abordar, mas não foram importantes para o objeto do estudo. Na inexistência de bibliografia em português foi necessário recorrermos à tradução de inúmeros textos. Para evitar a tradução literal, palavra por palavra, foram cuidadosamente examinados os documentos e parágrafos para assegurar o significado real dos textos, e possivelmente não foram bem traduzidas algumas *nuances* sintáticas e contextuais.

A descrição pormenorizada de certas ocorrências vivenciadas e incluídas nos documentos elaborados durante o estágio foram subtraídas, acautelando os princípios éticos neste tipo relatório. No entanto pensamos que mesmo assim, estes documentos demonstram o envolvimento a pesquisa e as competências adquiridas para a conclusão do EC estágio com relatório.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Temos consciência das dificuldades inerentes à concretização do projeto inicial. Ao pretender compreender e aprofundar conhecimentos relacionados com o aparecimento e conteúdos do plano de parto, as respostas só foram possíveis de obter através da pesquisa *on-line* e revisão bibliográfica. Os resultados encontrados foram analisados e discutidos perspetivando o seu contributo para a construção de uma base teórica que contribua para o enriquecimento pessoal e profissional. Também na literatura alguns autores investem na explicação dos contributos da apresentação de um plano de parto, e nas recomendações para a sua elaboração. Finalmente, as discussões da prática, as orientações, as a integração dos resultados da prática baseada na evidência, os workshops realizados, os diários de aprendizagem e as notas de campo, revelaram a existência de alguns obstáculos relacionados com os aspectos organizacionais. Identificamos também os benefícios da construção do plano de parto e da sua apresentação nas salas de parto hospitalares, que contribuem para a autoconfiança, satisfação, conhecimentos da grávida/casal, e servem também, como veículo de uma melhor comunicação entre os intervenientes do processo.

A revisão da literatura diz-nos que, tanto o período pré-natal como o parto são por excelência matérias do foro médico, condicionando fortemente os resultados do parto hospitalar. Verificamos pela experiência, que muitos partos eutócicos são acompanhados, vigiados e assistidos no nascimento pelos enfermeiros especialistas, sob estrita vigilância técnica e procedimentos protocolados.

Na realidade em Portugal, identificamos a incongruência nas políticas e práticas de saúde, e no preconizado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, uma vez que as situações de gravidez de baixo risco, continuam sob vigilância médica, e a formação especializada influi com o trabalho dos EESMO para a vigilância da gravidez no período pré natal e assistência no parto, contribuindo para a quantificação de atos médicos, e seus indicadores.

As políticas de saúde a nível macro contribuem para a diminuição das taxas de partos não medicalizados, uma vez que não existem alternativas às salas de parto em ambiente hospitalar, o que impede a diminuição de custos no acompanhamento dos partos normais. A atual política ao tratar o binómio saúde/doença relacionado com a gravidez, sempre em ambiente hospitalar, promove a uso exagerado e pouco racional de recursos escassos e onerosos, aumentando potencialmente os custos que são inerentes à utilização sistemática do tecnicismo nestas unidades de cuidados.

A realização deste estágio, o trabalho desenvolvido e a pesquisa que realizámos, contribuiu para o conhecimento do que a evidência preconiza no que diz respeito às intervenções para a elaboração e execução dos planos de parto em ambiente hospitalar, a sua história, os contributos que oferece para os envolvidos na sua realização e execução.

O acompanhamento de apenas uma parturiente com plano de parto, suscitou inseguranças e a necessidade de compreender através dos olhos da Iz a qualidade da assistência que lhe foi prestada. Este testemunho (que reflete a sua opinião sobre as intervenções de enfermagem por nós prestadas, no decorrer do trabalho de parto, com base na evidência encontrada) evidencia o empenho no respeito pela autonomia e escolhas da mulher que apresenta plano de parto (Anexo III).

O reconhecimento e identificação do plano de parto é muito valorizada pela equipa de enfermagem, a sua concretização depende das escolhas realizadas pela grávida, dos aspetos logísticos e organizacionais, e da habilidade do profissional na execução do mesmo.

Verificámos que na prática clínica se pode criar o ambiente propício para a execução dos planos de parto apresentados pelas mulheres, no entanto algumas vezes, também os protocolos do serviço e as idiossincrasias dos profissionais que aí prestam serviço interferem e podem condicionar a sua execução.

Na sua maioria as mulheres que elaboram os planos de parto, fazem-no partindo do pressuposto que são saudáveis, a gravidez é de baixo risco e querem um parto normal, mesmo recorrendo aos serviços hospitalares.



“A OMS define parto normal como de início espontâneo e de baixo risco no início de trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo até ao nascimento. O bebé nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre as 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho ficam em boas condições” (OMS,1996).

Na sala de partos, verifica-se que o acompanhamento e vigilância destas parturientes é da responsabilidade dos EESMO. E só mulheres esclarecidas e apoiadas ultrapassam o receio do confronto com os cuidados hospitalares e apresentam os planos de parto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa do Enfermeiros Obstetras (2009). *Iniciativa do parto Normal. Documento de consenso*. Lisboa: Loures

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Chalifour,,J. (1993). *Enseigner la relation d' aide*. Paris. EditionsLamarre.

Chalmers, B. (2007). Let us not ignore Women`s concerns and wishes from developing countries. *Birth: California*. 34 (1). 51-52.

Collière, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: SEP.

Couto, G. (2004). Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e uma área rural. *Revista Nursing*. 15 (187). 10-19.

Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Davis–Floyd, R. (2009). *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Argentina: Editorial creavida.

Deering, S. H., Heller J., McGaha, K., Heaton, J., Satin, A.J. (2006). Patients presenting with birth plans in a military tertiary care hospital: A descriptive study of plans and outcomes. *Military Medicine*. 171 (8). 778-780.

Drife, J. (2002). History of medicine -The start of life: a history of obstetrics. *Post graduate Medical Journal*. 78. 311-315. 17/08/2012. Disponível em <http://pmj.bmj.com/content/78/919/311.short>

Enkin, M., Keirse, M.J.N.C., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E.,

Hofmeyr, J. (2005) *Guia para a atenção efetiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Estrela, E. (2006). *Saber escrever uma tese e outros textos*. Lisboa: Dom Quixote.

Figueiredo, A. (2004). *Ética e formação em enfermagem*, Lisboa: Lidel.

Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lisboa: Lusodidacta.

Gaskin, I. M. (2008). *Ina May's Guide To Childbirth*. London: Vermilion

Haasch, A. [www.naturalchildbirth.org/natural/resources/history/history01.htm](http://www.naturalchildbirth.org/natural/resources/history/history01.htm)

Herrel, H. (2008). *Milestones in OB/GYN History*. Disponibilidade <http://www.obg.ynhistory.com>

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Camarate: Lusociência.

Hunter, L. P. (2002). Being with women: a guiding concept for the care of laboring women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing*, 31 (6). 650-657.

International Confederation Of Midwives (2012). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Disponibilidade <http://www.internationalmidwives.org>

Kaufman, T. (2007). Evolution of the birth plan. *The Journal of Perinatal Education*. 16(3). 47-52.

Kitzinger, S. (1987). *Your baby your way: Making pregnancy decisions & birth plans*. New York: Pantheon Books.

Lakatos, E., M. (1992). *Metodologia do Trabalho Científico*. Coimbra: Atlas.

Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda: Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta.

Le Boterf, G. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris: Les Éditions d'Organisation.

Lothian, J. (2000). The birth plan revised. *The Journal of Perinatal Education*, 9(2). 8-11.

Lothian, J & DeVries C. (2010). *The official lamaze guide: Giving birth with confidence*. New York: Meadowbrook Press.

Lothian, J. (2008). The journey of becoming a mother. *The Journal of Perinatal Education*, 17(4), 43-47.

Lowdermilk, D.L & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta.

Marques, R. (2009). Como Construir um plano de parto: algumas reflexões. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 10. 44-46.

Martin, C. J. H. (2008). Triumph over the barricades and put the evidence into practice. *Brithish Journal Of Midwifery*. 16 (2). 76-81.

Martins, A. (2009). Capacidade do doente para decidir: Avaliar para maximizar a autonomia. *Revista Portuguesa de Bioética: Cadernos de Bioética*, 12, 307-319. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Meleis, A. I. (1991). *Theorethical Nursing: Development and progress*. (2nd ed). Philadelphia: Lippincott Company.

Mercer, J. S., Skovgaard, R.L., Peareara-Eaves, J., Bowman, T.A. (2005). Nuchal Cord Management and Nurse – Midwifery Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 50(5). 373-379.

Neuman, B. (1982). *The Neuman systems model*. (3a ed.) Stamford: Appleton & Lange. Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5a ed.) Boston: Pearson Education, Inc.

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2002) - *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009) – *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Disponibilidade [http://www site da Ordem dos Enfermeiros](http://www.site.da.Ordem.dos.Enfermeiros) (2010b)

Organização Mundial Saúde (1996). *Assistência ao parto normal: Um guia prático. Relatório de um Grupo Técnico*. Genebra: JICA

Pearson, A. & Vaughn B. (1992). *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

Pereira, M.A.M. (2010). *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta. Lisboa. Disponibilidade [http ://repositorioaberto.univ-ab.pt /bitstream/10400.2 /1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf](http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf)

*Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Disponibilidade [http://www site da Ordem dos Enfermeiros](http://www.site.da.Ordem.dos.Enfermeiros).

Regulamento nº127/2011. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e

Ginecológica. Diário da República 2<sup>a</sup> Série. N.º 35 de 18 de Fevereiro 8662-8666.

Price, C. & Robinson, S. (2004). *Birth: conceiving, nurturing and giving birth to your baby*. Sydney: Macmillan.

Riesco, M. L.G. & Tsunehiro M. A. (2002). Midwifery and nurse-midwifery education: old problems or new possibilities? *Revista Estudos Feministas*. 10(2). 449-459.

Rocha, J. A., & Novaes, P. B. (sd). *Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para o parto normal*. Disponibilidade <http://files.bus.br/upload/5/0100-7254/2010/v38n3/a002pdf>

Rooks, J. (2006). *The History of Childbearing Choices in the United States*. Disponibilidade [http:// www.ourbodiesourselves.org](http://www.ourbodiesourselves.org)

Sarmiento A., & Festas, C. (2002). Relações entre os diferentes profissionais de saúde: Exemplo da unidade de cuidados intensivos. In P. Neves (Eds). *Comissões de Ética: Das bases teóricas à actividade quotidiana* (pp. 220 – 241). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Serrão, D. (2002). Relação entre profissionais de saúde e instituições. In P. Neves (Eds). *Comissões de Ética: Das bases teóricas à actividade quotidiana* (pp. 233-241). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Simkin, P. (2001). *The birth partner: Everything you need to know to help a woman through childbirth*. Boston: The Harvard CommonPress.

Simkin, P. (2007). Birth plans: After 25 years, women still want to be heard. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 34(1), 49-51.

Simkin, P., & Reinke, C. (1980). *Planning your baby's birth*. Seattle: Pennypress.

Tereso, A. (2006). O parto: Uma experiência de cidadania? Sobre o papel dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia no exercício da cidadania das parturientes. *Revista Da Associação Portuguesa Dos Enfermeiros Obstetras*, 7, 5-6.

Veladas, M. (1998). Ajudar na sala de partos: Competências reais no momento da interação. *Revista Da Associação Portuguesa Dos Enfermeiros Obstetras*, 1, 19-21.


Wagner, M., & Gunning, S. (2006). *Creating your birth plan: The definitive guide to a safe and empowering birth*. New York: Penguin Group.

Yam, E., Grossman, A. A., Goldman, L. A., & Garcia, S. G. (2007).Introducing birth plans in Mexico: An exploratory study in a Hospital serving low-income Mexicans. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 34(1), 42-48.

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I – Projecto de Estágio**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

**II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

**Plano de parto-contributos para a prática do  
cuidar especializado**

**Docente Orientador:** Madalena Oliveira

**Discente:** Maria Ofélia Lopes nº 3809

**Fevereiro, 2012**

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>1.COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2. PLANO DE PARTO.....</b>	<b>9</b>
<b>1.3. QUADRO DE REFERÊNCIA .....</b>	<b>10</b>
<b>1.4. INSTRUMENTOS .....</b>	<b>11</b>
<b>2. METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. FINALIDADE E OBJECTIVOS .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2. RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>14</b>
<b>3. REFLEXÃO FINAL.....</b>	<b>16</b>
<b>4. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>17</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXO 2: CRONOGRAMA DO PROJECTO DE ESTÁGIO .....</b>	<b>25</b>

## INTRODUÇÃO

O Projecto de Estágio com Relatório surge no âmbito do 4º semestre, inserido no plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. A sua finalidade, é que se constitua como um guia orientador para o estágio final, e contribua para o enriquecimento das práticas clínicas, nomeadamente no que diz respeito aos contributos que assegurem os melhores cuidados possíveis atendendo aos pedidos e decisões informadas descritas no plano de parto, culminando no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica (EEESMOG) de acordo com os indicadores descritos no Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Preconiza-se, a promoção de intervenções que contribuirão para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, prestados à parturiente/recém-nascido e família durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, contribuindo (Hunter, 2002) para estar com a mulher, valorizando a importância terapêutica da presença do enfermeiro especialista, que respeita as solicitações da mulher de acordo com o seu plano de parto, e salvaguarda ao direito à informação, quando este não pode ser atendido na sua globalidade. A pesquisa e reflexão sobre a temática central a desenvolver, (Plano de Parto de acordo com as práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, e decisão informada da grávida), correspondentes às intervenções autónomas do enfermeiro especialista, no trabalho de parto, parto e puerpério, vão sendo gradualmente construídas, contribuindo para a revisão da literatura na pesquisa baseada na evidência e estruturação metodológica do Estágio Final com Relatório. Um projeto designa-se como “um escrito composto pela descrição de um conjunto de atividades, devidamente inter-relacionadas e coordenadas, delineadas dentro de objetivos precisos, limites de tempo e de orçamento, que constituem uma obra a realizar, ainda na sua fase de planeamento” (ESTRELA et al, 2006, p.116). Também, que seja um projeto individual do estudante, que se pretende que oriente o percurso formativo as suas aprendizagens e que proporcione o desenvolvimento e contribua para a aquisição das competências de acordo com o plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia para o Estágio com Relatório e o preconizado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Regulamento n.º 127/2011).

## 1.COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A OE refere que desde 1987, a formação dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica cumpre as normativas europeias, razão pela qual se encontram certificados, habilitados e autorizados a exercer em qualquer Estado-membro da União Europeia (OE, 2012). Desde 1996, ano de publicação do Regulamento Profissional dos Enfermeiros, estes desenvolvem as suas intervenções autónomas ou interdependentes de acordo com as qualificações legalmente reconhecidas. Na área temática do âmbito deste trabalho, são consideradas as intervenções autónomas de enfermagem, que correspondem às ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, na prestação e gestão de cuidados. (REPE, 1996).A seleção das ações autónomas a desenvolver na prestação de cuidados nesta perspetiva, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, compreendem-se como aquelas a que o enfermeiro especialista dá continuidade, quando identifica com a parturiente essas necessidades expressas, assim como aquelas que são sugeridas por este e a parturiente consente de uma forma esclarecida, que de acordo com a *leges artis* o enfermeiro especialista coloca ao serviço da mulher/família.

Mais especificamente, o enfermeiro especialista, é aquele que tem “ (...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.” (OE, 2007, p.10).

Segundo (LeBoterf, 1997), as competências desenvolvem-se no indivíduo, considerando a formação pessoal (história de vida e processos socialização), formação educacional e experiência profissional. Com igual importância situam-se os aspetos referentes à responsabilidade que implica conhecimentos teórico e operacional e domínio do saber – saber, saber - fazer e saber – ser, imbuída de uma atitude proactiva, motivadora e responsável pela atividade que desenvolve e à legitimidade que congrega o reconhecimento pela equipa/organização no que diz respeito à sua capacidade de agir confrontado com as situações que ocorrem. Na competência é

dado ênfase ao articulado nos vários níveis de interação, ao reconhecimento pela legitimação associada à importância da formação pessoal, educacional e profissional.

De acordo com o preconizado no plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia para o Estágio Final com Relatório, pretende-se que o discente desenvolva competências científicas, técnicas e relacionais, que lhe permitam:

1. Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade e da mortalidade materna e perinatal, tendo em vista a promoção da saúde e bem – estar da mulher e família;
2. Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal, no ciclo de fertilidade e no âmbito da parentalidade, em situação de saúde e de doença, em meio hospitalar e na comunidade, tendo em vista a promoção da saúde e bem estar da mulher e família;
3. Demonstrar comportamentos e capacidades adequadas ao seu desenvolvimento pessoal e profissional com futuro EEESMOG.

Para além das competências supracitados também compete ao enfermeiro especialista o desenvolvimento das competências determinadas como “*Essencial competencies for basic midwifery practice*” descritas pela *International Confederation of Midwives*:

1. Possuem os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé.
2. Ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva.
3. Prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a deteção precoce e tratamento ou referenciação de certas complicações.
4. Prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.

5. Prestam às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis.
6. As parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade.

Então, o enfermeiro especialista assegura que possui as competências clínicas especializadas, alicerçadas num conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitam ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (Regulamento n.º 122/2011).

No que se refere ao perfil de “Competências específicas”, elas constituem-se como as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (Regulamento n.º 122/2011).

Para a apropriação de competências, (Tereso, 2006) refere que o papel dos enfermeiros especialistas não se encontra restringido exclusivamente às práticas, integra a socialização escolar, profissional e o confronto dos saberes com os contextos, bem como a sua conversão em competências técnicas, científicas, a integração do exercício, da atribuição e o reconhecimento de direitos das parturientes.

Sendo assim, procura-se atingir um perfil de competências EEESMOG, com a finalidade de cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério e vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, e também a atuação nos cuidados do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2010, p.2).

## **1.1. Justificação da Temática**

Ao longo da minha experiência profissional na área de saúde materna e obstétrica, tem sido minha preocupação, a observação da prática clínica dos enfermeiros especialistas

nas salas de partos, e alguma inquietação face ao papel da mulher grávida alvo desses cuidados. Da análise efetuada constata-se a submissão da grávida à oferta de cuidados que lhe é proposta, sem que a mulher, por vezes, seja devidamente esclarecida ou informada, ajustando-se a um papel passivo na decisão do plano que envolve o seu trabalho de parto, parto e puerpério, colaborando passivamente com os profissionais, sempre que solicitada.

Como refere (Tereso, 2006), nas salas de parto a conceção da pessoa encontra-se frequentemente reduzida à sua vertente biológica. O sucesso do desempenho dos enfermeiros especialistas é construído e reconstruído sobre critérios quantitativos e é traduzido através das taxas de mortalidade e morbilidade. A primazia tecnológica ao corporizar o feto contribuiu para a invisibilidade da parturiente, acentuando a submissão do seu corpo em trabalho de parto à monitorização, ao diagnóstico e às intervenções terapêuticas. Sob o lema do conhecimento científico o nascimento tornou-se num acontecimento terapêutico.

Surge com este trabalho, a oportunidade através da revisão da literatura, da evidência científica e da informação disponível, a apropriação de conhecimentos sobre os aspetos históricos e atuais no que respeita ao plano de parto, apresentado pelas grávidas, constituindo-se como a observância dos direitos das parturientes e promotora das intervenções autónomas dos enfermeiros especialistas.

Importa verificar na prática clínica no bloco de partos, da existência dos planos de partos apresentados pelas grávidas ou parturientes, o circuito estabelecido para a sua identificação e resposta, e como o estudante do CMESMO identifica os aspectos que as parturientes ao serem informadas e esclarecidas, mais valorizam nesse período, preconizando uma intervenção autónoma de qualidade e risco controlado.

Compreende-se que as parturientes/conviventes significativos atribuam aos profissionais, a identificação de aspetos a eles relacionados, submetendo-se a decisões individuais ou da equipe que presta assistência partindo do pressuposto que saberão agir no melhor interesse da parturiente/rn/família. Porém, no que diz respeito à sua individualidade, a resposta pode ser ou não satisfeita, umas vezes por impossibilidade de identificação dessas necessidades, outras por condicionantes dos próprios serviços.

Perante esta realidade, pretende-se com este trabalho a procura de respostas na revisão sistemática, assim como a indagação sobre a realização de planos de parto por



parte das grávidas/casal, a sua apresentação no local escolhido para o nascimento, e sua operacionalização na prática clínica por parte dos enfermeiros especialistas.

A existência desta situação, pode estar diretamente relacionada com o contexto atual da assistência hospitalar ao parto, e LOUX, citado por COUTO, (2003, p31), referem:

“...o hospital retirou à mulher um ambiente familiar no qual ela dava à luz rodeada de objectos pessoais, e de pessoas de família, com a sua mãe a ajudar e a aconselhar, para a projectar para o isolamento, num local que desconhece, sem as pessoas que lhe são significativas, e à mercê de grandes cuidados de assépsia e de profissionais que, embora possam ser técnicos perfeitos, são-lhe desconhecidos”.

Esta afirmação descreve de algum modo os condicionamentos e o ambiente que o hospital representa, que influenciam os recursos internos e limitam recursos externos da pessoa (NEUMAN, 1982), num momento que exige garantia de privacidade e proteção da intimidade.

No entanto RIBEIRO citado por COUTO, (2003, p.43), diz-nos que, “... como ninguém, as enfermeiras trabalham com os utentes na sua totalidade, estão autorizadas a tocar-lhe, a partilhar as suas experiências de saúde e de doença e a manter com eles um contacto cuja intensidade e duração dificilmente são experienciados por outros técnicos”. Especificamente, na área da saúde materna e obstetrícia a intensidade de emoções vividas por todos os intervenientes no processo, culmina num acontecimento de parto e nascimento que vão marcar para sempre a mulher/família.

Como é referido por (Moura-Ramos& Canavarro, 2007), “esperar um filho, é um dos acontecimentos mais importantes da vida de uma mulher e representa um desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade, sendo o nascimento de um filho, um dos acontecimentos mais marcantes na vida de uma família”. Nesta perspetiva, o enfermeiro obstetra encontra-se numa posição privilegiada para identificar e corresponder às expectativas da grávida/casal, nos serviços de atendimento a grávidas/parturientes, no que concerne aos planos de parto, concebidos com o seu auxílio ou não, e também na sequência de programas de sessões educacionais para grávidas e seus parceiros, onde se encoraja uma participação ativa no trabalho de parto e parto, possibilitando assim, uma experiência aprazível, securizante e positiva.

Como refere (Kitzinger, 1984), é desejável que as mulheres questionem o tratamento muitas vezes aceite como perfeitamente normal, que se espera ter em clínicas e hospitais antes do parto, ou que esperem que outra pessoa faça nascer o bebé por elas. A mesma autora refere que o parto não pode ser simplesmente uma questão de técnicas para tirar um bebé do corpo de alguém. Os critérios fisiológicos não são os únicos fatores que realmente importam num trabalho de parto, também a maneira como a mulher lida com esse acontecimento e o modo como se sente após a experiência. Estão por isso fatores físicos e psicológicos presentes que se ligam atuando e reagindo uns sobre os outros.

Nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, (EEESMOG) no que diz respeito ao cuidar a mulher inserida na família e comunidade em trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina, os três primeiros critérios de avaliação que corroboram a necessidade de aprofundar esta área do conhecimento, nesta unidade de competência são:

1. Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.
2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto.
3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.

Estas ações exigem da enfermeira uma interação recetiva/adaptativa, com a grávida/casal e como refere COLLIÉRE (1989), são fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos, avaliando a ajuda a prestar. É também referido pela autora, que “a relação entre quem presta e quem recebe cuidados, põe em causa uma certa segurança adquirida pela extensão do campo da competência técnica, e esta corrente entre profissionais e pessoa cuidada não penetra praticamente em meio hospitalar”.

Na mudança exigida aos enfermeiros EEESMOG, também uma atitude de parceria e respeito pelas preferências da parturiente / família que contribuam para a qualidade dos cuidados, e mudança de paradigma nos cuidados obstétricos.

## **1.2 A assistência à mulher grávida**

Segundo (Lothian, 2008). Tradicionalmente, através dos tempos e culturas as mulheres grávidas, estavam rodeadas de mulheres experientes, família, e amigos mais chegados, que lhe ofereciam entusiasmados o apoio na transição para a maternidade. A mulher grávida era cuidada de um modo diferente, oferecia-se da melhor comida, era protegida dentro do possível de situações de stress e trabalho pesado. A gravidez e parto eram considerados acontecimentos familiares e o suporte que recebia era de pessoas que conhecia ou a conheciam muito bem, embora a gravidez e parto apresentassem mais riscos que na atualidade, as mulheres desenvolviam ligações fortes com o seu feto, e com a família, amigos e cuidadores, colaborava com eles para assegurar um nascimento seguro para os seus bebés.

Hoje em dia o nascimento é tratado como um evento médico em vez de um acontecimento normal da vida. Desde o início, a mulher afirma que o médico obstetra é o perito que deve ser consultado para procurar todos os detalhes da gravidez. Por causa disso, as mulheres ficam preocupadas desde a primeira visita pré-natal até à seguinte para ver se tudo está bem.

“À espera de problemas”, tornou-se a marca dos cuidados pré natais contemporâneos (Lothian 2008 citando Strong, 2000).

Os peritos exageram os riscos da gravidez e nascimento e aumentam o medo das mulheres pelo seu bem-estar e dos seus bebés. “À espera de problemas” resultou numa exagerada preocupação com a segurança, com a intervenção intensiva na gravidez assim como no trabalho de parto e parto, e não surpreendentemente uma escalada nas taxas de cesariana e, mais recentemente um aumento na mortalidade materna.

A segurança e a desorientação das mulheres que planeiam ser mães começa com os cuidados pré natais (Kitzinger, 1992). Restrições no seu estilo de vida, testes pré natais, uma exagerada preocupação pela segurança, minam a confiança da mulher na sua habilidade de gerarem os seus bebés lançando a mulher num labirinto e escalada de medos. A gravidez tornou-se num período de regras e preocupações, mesmo que uma mulher seja saudável e que não tenha razões para “esperar problemas” .

Como resultado as mulheres procuram uma passagem segura para elas e para os bebés “seguindo as regras”, as suas deliberações são baseadas em “não tomar nenhuma decisão” para evitar assim, potenciais culpas e arrependimentos. As

mulheres foram levadas a pensar que os cuidados obstétricos hospitalares são o que de mais seguro existe para ela e para o nascimento do seu filho.

### 1.3 Plano de Parto

De acordo com (Lothian, 2000), ao longo dos tempos, independentemente das da sua situação social e cultura, as mulheres sempre planejaram o nascimento dos seus filhos, no que se refere a quem vai acompanhar, onde é que irá ocorrer, o que farão durante o trabalho de parto e parto, assim como o que farão nos dias e semanas que antecedem o mesmo.

Planear o nascimento para a mulher, é um processo que se inicia com a compreensão da fisiologia do parto *normal*, os seus rituais, incluindo estratégias de conforto, e tomar consciência se dentro dela sente a capacidade de controlar e responder com a sua *sabedoria* às necessidades do seu corpo durante o trabalho de parto e parto.

O que parece ser útil no plano de parto? Não é somente uma lista de opções e escolhas, mas sim um plano pessoal que lhe dê segurança e uma experiência satisfatória. Pesquisas mais antigas e contemporâneas sugerem que segurança e satisfação são facilitadores, mais que impedimentos no processo de trabalho de parto, parto, amamentação e interação mãe recém-nascido. Três simples coisas ajudam: confiança na sua habilidade, confiança na sua própria sabedoria, suporte físico e emocional da família, amigos, e profissionais.

O maior benefício de criar um plano de parto nesta perspectiva é que o foco de atenção se afasta da abordagem médica do parto e focaliza-se de uma forma realista na capacidade que a mulher tem para confiar e vivenciar um parto normal. O plano não inclui somente o trabalho de parto, o parto e as práticas hospitalares, mas também o puerpério e as semanas seguintes ao nascimento do bebé. Planeia-se de acordo com o estilo de vida da mulher, as suas preferências, o profissional de saúde que a acompanha na gravidez e o local escolhido para o nascimento.

“... os planos de parto são meios comuns das pacientes expressarem aos seus prestadores, os seus desejos no que diz respeito ao nascimento, ...”(DEEARING, Shad H.,2006), nesta perspectiva as recomendações da OMS (Organização Mundial de Saúde) no atendimento ao parto normal determinam a categorização das práticas clínicas, nomeadamente:

## Categoria A

Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:

Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado ao seu marido/companheiro e se aplicável, à sua família (OMS,1996)

### **Realização do plano de parto**

Durante o pré-natal:

- Planeamento com base na avaliação de risco;

- Identificar qual o profissional a envolver;

- Disponível no início de trabalho de parto. (OMS – 1996)

### **Identificação do plano de parto**

- Quando sinais de parto presentes:

- Reavaliação de risco no contacto com os profissionais

- Reavaliação e negociação do plano de parto. (OMS – 1996)

Considerando a importância destas orientações pretende-se apreciar criticamente, o que a evidência preconiza no que diz respeito ao Plano de parto como instrumento que proporciona a participação da grávida/casal e, valorizá-lo nos registos que documentam os cuidados prestados como ACMESMO.

Após uma reflexão cuidada da experiência vivida, da observação da prática e da revisão da literatura, surgem algumas questões que serão o ponto de partida deste trabalho:

Quando surgiram os planos de parto?

Porque surgiu a necessidade da elaboração dos planos de parto?

Atualmente quais os aspetos mais valorizados pelas grávidas quando apresentam os seus planos de parto?

Das competências do enfermeiro especialista que atividades se relacionam diretamente com os planos de parto?

## **1.3. Quadro de referência**

A prática clínica estará fundamentalmente alicerçada na corrente de pensamento do modelo teórico de Betty Neuman, que propõe no seu modelo, que se aborde a pessoa total, na sua globalidade em constante interação com o ambiente, quer interno quer

externo, nomeadamente em relação aos fatores stressores que influenciam o equilíbrio da pessoa.

**Os cuidados de enfermagem** – Intervenções de enfermagem que se orientam para alcançar a integridade da pessoa, considerando todas as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos fatores de stress, com a finalidade de reduzir os seus efeitos

**A pessoa** – Ser total constituído por variáveis fisiológicas (estruturas funções corporais), psicológicas (processos de pensamento e reflexão), sócio culturais (funções sociais e culturais) e espirituais ( influências exercidas pelas crenças) , capaz de se desenvolver como um todo integral com características centrais de sobrevivência.

**Saúde** – Estado dinâmico de bem-estar e de doença que está diretamente influenciado pelas variáveis fisiológicas, psicológicas, sócio culturais e espirituais relacionadas com o desenvolvimento

**Ambiente** – define-se pelo ambiente interno, externo e criado. Os fatores de stress circundam a pessoa e os seus sistemas em interação permanente. As interações recíprocas podem ser positivas ou negativas. Na interpretação do modelo, a autora considera que todas as pessoas se encontram num estado de equilíbrio dinâmico com o seu meio envolvente, resultando no bem-estar e estabilidade do seu sistema. O stress surge como potenciador de tensão, causando instabilidade no sistema, e consequentemente desequilíbrio ou distúrbio na harmonia pessoal, esta situação ocorre quando os fatores stressores provocam a rotura das linhas de defesa da pessoa. Os stressores descritos são de origem ambiental e podem dividir-se em:

**Factores intrapessoais** dizem respeito a forças que provêm do próprio individuo.

**Factores interpessoais** ocorrem fora dos limites da pessoa. Correspondem a forças que se manifestam entre duas ou mais pessoas.

**Factores extrapessoais** correspondem a forças exteriores ao sistema que agem sobre a pessoa.

NEUMAN (1995) enumera e descreve as três principais intervenções de enfermagem: **Prevenção primária** identificando os fatores de risco de modo a prevenir possíveis reações; **Prevenção secundária** tratando os sintomas após reação a fatores de stress com o objetivo de reduzir os seus efeitos negativos; **Prevenção Terciária** reconstituição e manutenção do bem-estar do sistema após tratamento.

## 2. METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO

A construção do tema que pretendo tratar surgiu no âmbito da área formativa do 2ª semestre. Ambiciono salvaguardar a participação da grávida/casal nas decisões que lhes dizem respeito no trabalho de parto e parto, secundarizadas pelo acompanhamento de profissionais competentes, considerando que são estes aspetos da prática clínica que também promovem crescimento e contribuem para a satisfação do cliente, qualidade e diferenciação dos cuidados de enfermagem.

Nesta perspetiva, em ambiente hospitalar as condicionantes presentes, em termos de dotação, organização e modelos da prática vão proporcionar o contexto, que pode ser utilizado pelos ACMESMO para fazer a diferença na prática diária.

Considero que tem sentido investigar e aprofundar conhecimentos numa área clínica, mas também, sensibilizar os profissionais para esta temática. Isto exige dos enfermeiros uma atitude de receptividade, indo ao encontro das decisões que a mulher já tomou em relação ao seu trabalho de parto e parto, negociando com esta, as melhores soluções. Esta sensibilização vai ser concretizada através de Workshops no decorrer do estágio final.

Pretende-se identificar na revisão sistemática da literatura quando surgiram os planos de parto, qual a razão da necessidade de os elaborar, e o que os integra.

Também, que intervenções de enfermagem se desenvolvem para promover a participação da grávida/casal no trabalho de parto e parto, e na ausência de plano de parto, propor à parturiente/acompanhante ações conducentes a uma maior participação neste período (acompanhamento por pessoa significativa, ingestão de líquidos ou sólidos de acordo com as necessidades da parturiente, posicionamentos, clampeamento do cordão entre 1 a 3 minutos de vida, relação precoce, contacto pele a pele, início da amamentação quando o recém nascido demonstre sinais, observação da placenta).

Uma das dificuldades identificadas para este estudo é a escassez de literatura sobre a apresentação do plano de parto por parte das parturientes nos serviços de urgência obstétrica e cuidados de enfermagem especializados.

“Uma revisão da literatura apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação. Examinam-se estas publicações para levantar tudo o que se reporta com a questão de investigação (...) e apreciar ao mesmo tempo as relações estabelecidas entre os conceitos, os resultados obtidos e as conclusões.” (FORTIN, 2009, p. 87)

Serão utilizadas as bases de dados electrónicas EBSCO HOST, Cochrane Data base of Systematic Reviews, Medline, CINAHL, bem como a consulta bibliográfica. Para a pesquisa sistemática e realização desta revisão defini os seguintes descritores: Birth; birthplan; midwifery; planningcare; outcomes; nursing, plano de parto, cuidados de enfermagem, enfermeira obstetra.

Os critérios de inclusão na seleção de artigos encontrados para a pesquisa que abordem a temática dos cuidados de enfermagem e a utilização do plano de parto no planeamento de cuidados serão:

disponibilidade em *fulltext*(texto integral);

serem estudos quantitativos e qualitativos publicados e realizados entre 2001-2011; publicados em português e inglês;

No desenvolvimento deste projeto tentarei assegurar o máximo rigor metodológico.

Tenho consciência das dificuldades inerentes à realização deste projeto, face às minhas limitações relacionadas com a inexperiência em revisões sistemáticas, também com a gestão de tempo e a necessidade de encontrar resultados credíveis que respondam à questão colocada.

As atividades desenvolvidas e a desenvolver são constituídas por:

- Reuniões com Docente Orientadora;
- Definição dos critérios para seleção dos estudos (critérios de inclusão e exclusão);
- Pesquisa bibliográfica;
- Pesquisa ativa na Internet;
- Revisão sistemática da literatura;
- Redação do corpo de texto;
- Análise dos resultados;
- Inclusão dos resultados no relatório de estágio;
- Elaboração das conclusões do relatório de estágio;
- Organização de Workshop sobre a temática.
- Sessão de educação para a saúde de acordo com as necessidades identificadas.

## **2.1. Finalidade e objetivos**

A finalidade deste projeto de estágio, é conhecer, o que a evidência preconiza no que diz respeito ao Plano de Parto, a sua história, as recomendações para a sua



elaboração o que pode conter, que mais valias apresenta para os envolvidos na sua realização e execução e que intervenções de enfermagem desenvolvo em torno desta temática como ACMESMO.

**A pergunta de investigação:**

**Que contributos dos enfermeiros para dar resposta aos planos de parto apresentados pelas grávidas?**

Para este projeto estabeleci os seguintes objetivos:

- Demonstrar através da revisão sistemática, a história do plano de parto e sua importância e adequação na prática de enfermagem especializada.
- Desenvolver e consolidar as competências dos EEESMOG, na prática clínica em sala de partos, comunicando efetivamente com a grávida/parturiente de modo a proporcionar a sua participação e decisão esclarecida;
- Aprofundar conhecimentos do modelo de Betty Neuman aliada ao processo de cuidados;

## **2.2. Resultados Esperados**

Para a consecução deste projeto preconizo os resultados da revisão sistemática que alicercem uma intervenção de enfermagem potenciadora de desenvolvimento de competências técnicas científicas e relacionais nesta área temática. Também, uma atitude proactiva na procura de alianças e compromissos com a cliente, que lhe permitam expressar as suas necessidades e em parceria encontrar soluções mais adequadas e pertinentes que respeitem as suas vivências, cultura e contexto da unidade de cuidados. Sejam garantidos os padrões de qualidade emitidos pela Ordem dos Enfermeiros, que constituem um instrumento relevante de orientação para a prática de cuidados de enfermagem, e como referido nos seus enunciados descritivos no que se referem à organização dos cuidados de enfermagem "...na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes" (OE, 2002, p.7).

Nesta perspetiva pretende-se contribuir para a sensibilização, atualização e integração na prática clínica de enfermagem os planos de parto, procurando promover processos precursores de parceria no respeito pela vontade da grávida/casal na sala de parto, contextualizados ao ambiente hospitalar.

### 3. REFLEXÃO FINAL

Na procura de um cuidado de enfermagem que proporcione satisfação à cliente tendo garantida a segurança, o plano de nascimento quando pensado e escrito pela grávida/casal, proporciona um momento de partilha de decisões que podem ser muito importantes para ambas as partes.

Sabemos da importância da sua construção e da intervenção do enfermeiro especialista nesta problemática, no entanto, por um lado questionamos se os enfermeiros dão importância a esta realidade e por outro que população de grávidas manifesta esta necessidade, e como a apresenta ao cuidador.

Na realidade portuguesa nomeadamente na região de Lisboa, os planos de nascimento são recebidos com antecedência em alguns hospitais e coordenadores médicos que dão o seu parecer no que é passível de ser oferecido. Noutras circunstâncias os EEESMOG recebem estes documentos, será interessante compreender se as respostas são convergentes ou não.

A importância que algumas grávidas dão a este planeamento do seu parto, é uma etapa muito importante do ideal do nascimento, pois é aí que culmina todo o percurso de trabalho de parto, e nestas circunstâncias está sempre imbuído de rituais próprios de cada mulher, família e cultura.

Como contribuem os EEESMOG para a aceitação na diferença, e o que valorizam no que diz respeito ao plano de parto e necessidades da mulher, nos registos que realizam?

Pretendo que seja um projeto que possa contribuir para a sensibilização dos EEESMOG, que se constitua num documento de PBE no que diz respeito às intervenções autónomas do enfermeiro nos partos “normais”, e que contribua para a integração na prática clínica dos enfermeiros, a importância do plano de nascimento.

Coloca-se por hipótese se estará na base da atuação do enfermeiro, insegurança relacionado com falta de conhecimento? ou a instituição/equipe de saúde influencia a autonomia do enfermeiro no desenvolvimento e aplicação de um plano que vise o envolvimento da mulher no seu trabalho de parto e parto? Condicionando fortemente a qualidade dos cuidados prestados na sala de parto.

#### 4. BIBLIOGRAFIA

Berg, M., Lungren, I., Hermansson, E. & Whalberg, V. (1996). **Women's encounter with the midwife during childbirth. Midwifery**, 20 (1), 23-29.

BITENCOURT, C. C. – **A Gestão de Competências Gerenciais – Contribuição da Aprendizagem Organizacional**: Tese de Doutoramento, Pós Graduação em Administração, Porto Alegre: 2001

BOBAK, Irene [etal] – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição, Loures: Lusociência, 2008. ISBN: 978-989-8075-16-1

Colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica -**Proposta do programa formativo da especialidade de enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica**. Lisboa. 2011. Ordem dos Enfermeiros

COLLIÉRE, Marie Françoise – **Promover a vida**. Lisboa: SEP, 1989. ISBN: 972-95420-0-7

COUTO, Germano – **Preparação para o Parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e uma área rural**. Revista Nursing. Queluz de Baixo: Ano 15, nº187, Abril 2004, p.10-19.

DEERING, S. H., Heller, J., McGaha, K., Heaton, J., & Satin, A. J. -**Patients Presenting with Birth Plans in a Military Tertiary Care Hospital: A Descriptive Study of Plans and Outcomes**. Military Medicine, 2006.171(8), 778-780

ESTRELA, Edite, - **Saber Escrever uma Tese e outros Textos**. 3ª Edição. Lisboa: Dom Quixote, 2006. ISBN: 972-20-3173-2.

FORTIN, M.F.- **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 972-8383-18-5.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital** – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar. Camarate: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8

Hunter, L.P. Being with women: **a guiding concept for the care of laboring women**. Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing, 2002.31 (6), 650-657. INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES: **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice** 2010. Location: Y:\ Task Forces – Global Standards in [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)

KITZINGER, S. -**SheilaKitzinger's Letter from Europe: Moslem Values and Childbirth**. Birth: Issues in Perinatal Care, 2005 32(1), 69-71.

KITZINGER, S. - **Letter from Europe: Home birth reborn**. Birth: Issues in Perinatal Care. 2008, 35(1), 77-78.

LEITÃO, F. J. C. - **Autonomia da mulher em trabalho de parto: Tese de Mestrado em Bioética**. Lisboa : 2010.

Lothian J. Birth plans: **The good, the bad, and the future**. J GynecolObstetNeonat Nurs2006;35:295–303.LOWDERMILK, Deitra L; PERRY, Shannon E. – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta,2008.ISBN: 978-989-8075-16-1.Melender, H. L.&Lauri, S. - **Experience of security associated with pregnancy and childbirth: A study of pregnant women**. InternationalJournalofNursingPractice, 2002 8 (6), 289-297.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual: Enunciados Descritivos**. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa, 2002.

PEREIRA, M.A.M. - **A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente**: Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, especialidade em Intervenção em Enfermagem, Lisboa: 2010. <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf>

PORTUGAL –**Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica**. Diário da República, 2ª série,Regulamento nº127/2011: -Nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011. P 8662- 8666.

Richards MPM. The trouble with 'choice' in childbirth. Birth1982;9:253–260.

RIESCO MLG &Tsunechiro MA.-**Midwifery and nurse-midwifery education: old problems or new possibilities?***Rev. Estud. Fem.*2002.10(2):449-459

Simkin P. (1992) **just another day in a women's life? Part II: Nature and consistency of women's long -term memories of their first birth experience**. Birth, 19 (2), 64-81.

SIMKIN, P.-**Birth plans: After 25 years, women still want to be heard**. Birth: Issues in Perinatal Care, 2007. 34(1), 49-51.

Simkin, PP. - **The birth plan: Vehicle for trust and communication.** Birth 1983;10:184–185.

TERESO, A – **O PARTO: UMA EXPERIÊNCIA DE CIDADANIA? Sobre o papel dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia no exercício da cidadania das parturientes.** REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS, Pragal. 2006. 7, p. 5-6.

Thejourneyofbecoming a mother. Journal of Perinatal Education, 17(4), 43- 47, October 2008

Waldenstrom, U., Nilsson, C. A. - **Women satisfaction with birth care centre care: A randomised controlled study.** 1993Birth, 20(1), 3-13.

Walsh, D. 2004. Birth Centre care: a review of the Literature. Birth Issues, 13, 4, 129-134.

YAM, E., GROSSMAN, A. A., GOLDMAN, L. A., & GARCIA, S. G. - **Introducing Birth Plans in Mexico: An Exploratory Study in a Hospital Serving Low-Income Mexicans.**Birth: Issuesin Perinatal Care, 2007. 34(1), 42-48.

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE I

### ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO FINAL

As atividades a desenvolver neste ensino clínico referem-se às competências a desenvolver na sala de parto, onde também são necessárias, à reflexão sobre a prática clínica as notas de campo, avaliações formativas, elaboração de estudo de caso, assim como a elaboração do Relatório Final.

Também as atividades realizadas na urgência obstétrica e ginecológica serão assumidas, desenvolvidas e relatadas posteriormente.

Para o ensino clínico V preconizam-se as ações descritas no guia orientador.

Para a consecução da aquisição das competências técnicas, científicas e relacionais preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e International Confederation of Midwives definiram-se os seguintes objetivos:

#### Objetivo 1

**Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e conviventes significativos, durante o trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada**

#### **Atividades a desenvolver**

- Providencia um ambiente que garanta a privacidade da parturiente;
- Acolhimento da parturiente e convivente significativo para a perceção de expectativas e desejos para o TP e Parto;
- Consulta da informação relativa à vigilância de Saúde (Boletim de Saúde da Grávida, Exames Complementares de Diagnóstico, Registos Informáticos e outros);
- Identificação da existência de plano de parto para negociação do mesmo, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado;
- Certifica-se da decisão esclarecida no que se refere à adequação do plano de parto;
- Planeamento das atividades que visem a integração do plano de parto;
- Informação/Esclarecimento de dúvidas à parturiente e conviventes significativos, no âmbito de educação para a saúde;
- Possibilitar envolvimento de conviventes significativos no TP e Parto;
- Apoio emocional à parturiente e conviventes significativos durante os 4 estádios do TP, e nas situações

que o exijam;

- Proporciona ambiente seguro durante os 4 estádios do TP;
- Informação à parturiente e conviventes significativos sobre os cuidados de enfermagem especializados (consentimento informado) incentivando a sua participação e expressão de dúvidas;
- Avaliação de bem-estar materno-fetal;
- Avaliação e interpretação do registo cardiotocográfico, para deteção precoce de situações de risco no que respeita à FCF e à dinâmica uterina, com registo documental;
- Realização e interpretação de exame bimanual quando a situação o exige, para avaliação de cervicometria, alterações obstétricas e ginecológicas e características do pavimento pélvico, bem como a apresentação fetal, prolapso de cordão umbilical ou procedência de membros;
- Vigilância de integridade das membranas e características de LA;
- Utilização de medidas de controlo não farmacológico e farmacológico da dor de acordo com a progressão do TP;
- Vigilância da evolução dos 4 estádios do trabalho de Parto e registos no processo clínico (Partograma);
- Colaboração com a equipa multidisciplinar na administração de terapêutica prescrita ou segundo protocolo;
- Deteção precoce de alterações da evolução normal do 1º estágio do trabalho de parto;
- Colaboração com a parturiente na realização do parto, de apresentação cefálica, em ambiente calmo e seguro;
- Colaboração com a equipa médica nos partos distócicos;
- Realização de episiotomia, se necessário;
- Colheita de sangue do cordão umbilical, se grávida com factor Rhesus negativo, e respeitar a colheita para criopreservação de células estaminais quando a parturiente o solicitar;
- Promoção de contacto pele-a-pele para vinculação precoce e aleitamento materno;
- Verificação da integridade de placenta e membranas após dequitação;
- Verificação das características e integridade do cordão umbilical;
- Avaliação da integridade do canal de parto;
- Aplicação de técnicas de reparação do canal de parto, quando necessário;



- Identificação precoce de complicações pós-parto e atuação de acordo com a situação identificada;
- Vigilância da formação do Globo de Segurança de Pinard;
- Vigilância de características e quantidade de perdas hemáticas;
- Referenciação das situações de risco e alterações da evolução normal do trabalho de parto à equipa multidisciplinar;
- Informação à parturiente sobre Globo de Segurança de Pinard, no âmbito de educação para a saúde e autovigilância;
- Informação sobre sinais e sintomas de risco no puerpério e de recurso à Urgência Obstétrica;
- Visita à puérpera no serviço de internamento, para observação e avaliação do resultado dos cuidados prestados na sala de partos.

#### **Resultados esperados**

- Aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à parturiente e conviventes significativos, no decorrer dos 4 estádios do trabalho de parto;
- Identificação precoce de situações de risco e desenvolvimento de estratégias para as minimizar e solucionar;
- Contribuição para ações de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados;
- Aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos adquiridos, através da prestação de cuidados, da pesquisa da literatura e revisão sistemática;
- Reflexão sobre a prática clínica e situações vividas facilitadoras de boas práticas;
- Compreensão e respeito pelas diferenças culturais e crenças das parturientes e conviventes significativos;

#### **Avaliação**

- Reflexão sobre a prática clínica de acordo com a calendarização preconizada
- Notas de campos
- Avaliações formativas e sumativas
- Relatório de Estágio final

## Objetivo 2

**Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na sua adaptação à vida extra-uterina**

### **Atividades a desenvolver**

- Consulta de documentação existente no serviço utilizada na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados;
  - Preparação e verificação do material necessário para o RN antes do parto, incluindo material de reanimação;
  - Registo da hora de nascimento;
  - Implementação das intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, incentivando o contacto pele-a-pele e a vinculação precoce mãe/rn;
  - Avaliação do RN após o parto (Índice de Apgar) ao 1º, 5º e 10º minuto de vida;
  - Colocação do RN em contacto pele-a-pele com a mãe (de acordo com desejo e validação prévia),
  - Prestação de cuidados imediatos ao RN:
  - Secagem e remoção de sangue ou outros resíduos;
  - Estimulação táctil;
  - Desobstrução da via aérea quando a situação o exige,
  - Aquecimento;
  - Observação física para rastreio de malformações:
- Verificação de eliminação vesical e intestinal;
- Avaliação de reflexos neurológicos;
  - Medição de peso;
  - Administração de vitamina K (IM) e profilaxia oftálmica, segundo protocolo;
  - Identificação do RN e puérpera com pulseira de identificação eletrónica (na presença da parturiente ou conviventes significativos);
  - Vigilância do RN para deteção precoce de desvios de saúde;
  - Prestação de cuidados imediatos ao RN, em situação de risco, nomeadamente:

- Realização de manobras de reanimação, se necessário;
- Administração de terapêutica de emergência;
- Realização de registos de enfermagem no processo clínico para promoção da continuidade dos cuidados;
- Transferência para Unidade de Neonatologia, se necessário;
- Referenciação das situações de risco à equipa multidisciplinar, nomeadamente Índice de Apgar desfavorável, malformações ou riscos infecciosos;

### **Resultados esperados**

- Aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados ao RN e família, durante os 4 estádios do trabalho de parto;
- Aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à parturiente e conviventes significativos, durante os 4 estádios do trabalho de parto;
- Identificação precoce de situações de risco e desenvolvimento de estratégias para as minimizar e solucionar;
- Contribuição para ações de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados;
- Aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos adquiridos, através da prestação de cuidados, da pesquisa da literatura e revisão sistemática;
- Reflexão sobre a prática clínica e situações vividas facilitadoras de boas práticas;
- Compreensão e respeito pelas diferenças culturais e crenças das parturientes e conviventes significativos;
- Compreender e adequar os cuidados de enfermagem especializados às necessidades do RN de forma a minimizar os riscos;

### **Avaliação**

Reflexão sobre a prática clínica de acordo com a calendarização preconizada

Notas de campo

Avaliações formativas e sumativas

Relatório de Estágio final

## APÊNDICE II: Cronograma do Projeto de Estágio

Actividades	2011								2012						
	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
				Pesquisa Bibliográfica	Pesquisa Bibliográfica	Pesquisa Bibliográfica	Revisão Sistemática	Redação do corpo de texto	Redação do corpo de texto	Pratica Clínica na Sala de Partos	Redação do corpo de texto	Redação do corpo de texto	Redação do corpo de texto	Redação do corpo de texto	Conclusão do relatório de estágio
					Revisão Sistemática	Revisão Sistemática	Redação do corpo de texto		Análise dos resultados	Análise dos resultados	Pratica Clínica na Sala de Partos	Pratica Clínica na Sala de Partos	Pratica Clínica na Sala de Partos	Pratica Clínica na Sala de Partos	Pratica Clínica na Sala de Partos
						Redação do corpo de texto							Workshop		
						Reunião Orientadora		Reunião Orientadora		Reunião Orientadora		Reunião Orientadora		Reunião Orientadora	

## **APÊNDICE II – Estudos Incluídos na Revisão de Literatura**

<b>Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação</b>	Yam Eileen A. et al (2007) - <i>Introducing Birth Plans in Mexico: An Exploratory Study in a Hospital Serving Low-Income Mexicans</i> Blackwell Publishing, Inc Califórnia USA.
<b>Intervenções</b>	Estudo exploratório
<b>Objetivos do estudo</b>	Assessorar a realização e aceitação da introdução de planos de parto num hospital que serve uma população desfavorecida no México e documentar as vantagens e desvantagens na implementação de um programa de plano de parto.
<b>Participantes</b>	9 grávidas 2 enfermeiras 2 assistentes sociais 1 médico
<b>Resultados</b>	<p>O plano de parto é aceitável e realizável na população em estudo. As administrações precisam de providenciar espaço físico e incentivo financeiro para incentivar e assegurar uma implementação com sucesso.</p> <p>“...as mulheres estavam totalmente satisfeitas com a experiência de prepararem o plano de parto, apesar do facto da experiência do parto não estar completamente em conformidade, com o que estava especificado no Plano.</p> <p>Reconhecem que o parto nem sempre ocorre como especificado no plano de parto, mas mesmo assim, dão muito valor à apresentação do plano de parto, que incrementa a comunicação com os profissionais de saúde.</p> <p>Mencionaram que a elaboração de um documento escrito delineando as suas necessidades e preferências foi muito gratificante e uma experiência mais personalizada.”</p> <p>As participantes apreciaram o valor dado ao plano de parto e à discussão dos seus desejos com os profissionais de saúde.</p> <p>“... irá conduzir a mulher passo a passo e quando chegar ao momento do nascimento elas terão mais conhecimentos. E isso também ajuda porque (os prestadores de cuidados de saúde) têm mais em consideração a mulher e o que ela precisa, e estarão mais atentos ao que ela necessita”</p> <p>Nas entrevistas aos profissionais, na generalidade estes concordaram e citaram que melhoraram os cuidados individualizados às mulheres uma vez que as suas necessidades e sentimentos podiam ser tidos em consideração. Também referiram que na teoria os planos de parto têm muitas vantagens para ambos profissionais e mulheres, mas alguns expressaram dúvidas quanto à exequibilidade deste tipo de programas sem um apoio muito forte por parte dos administradores</p> <p>As mulheres também acreditam que os planos de parto influenciam positivamente os profissionais em termos dos seus comportamentos com as grávidas</p> <p>As vantagens são um melhor prognóstico porque a grávida está mais consciente, mais colaborante desde que entra no hospital. As desvantagens estão relacionadas com tempo e espaço.</p> <p>As barreiras existentes relacionam-se com a falta de tempo e falta de habilidade para dar resposta cabal a todos os desejos da grávida</p>
<b>Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados</b>	Estudo exploratório Entrevistas individuais

<b>Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação</b>	DEERING, Shad H. et al (2006) – <i>Patients Presenting with Birth Plans in a Military Tertiary Care Hospital: a Descriptive Study of Plans and Outcomes</i> . USA. MILITARY MEDICINE, vol 171 (August) p. 778-780.
<b>Objetivos do estudo</b>	Avaliar que tipo de clientes preparam planos de parto, identificar quais os pedidos mais comuns, e determinar o cumprimento do plano de parto durante o trabalho de parto
<b>Participantes</b>	71 planos de parto
<b>Intervenções</b>	Recolha de planos de parto durante o período do estudo
<b>Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados</b>	Estudo descritivo. Recolha e análise de planos de parto durante um período de 3,5 anos. As mulheres que entravam em trabalho de parto com planos de parto neste período eram elegíveis para o estudo. Os pedidos mais comuns eram registados. Os registos do parto foram revistos e os resultados anotados.
<b>Resultados</b>	<p>Os planos de parto tornaram-se meios comuns que as grávidas utilizam para transmitir aos seus médicos a forma como querem conduzir o seu parto. Um plano de parto geralmente significa uma estrutura concebida para ser discutida com o médico e o paciente, para se gerir qualquer conflito no que diz respeito ao plano e expectativas e assim fornecer um formato assentido pelos dois.</p> <p>“...a paciente que se apresenta com um plano de parto é uma ocorrência relativamente comum na obstetrícia moderna, e não se limita apenas às práticas das enfermeiras obstetras.”</p> <p>A proporção dos pedidos mais comuns nos 71 planos de parto recolhidos é: podem para deambular 84% não episiotomia 82%, sem medicação para as dores 69%, sem epidural 62%, sem monitorização contínua 62%, ingestão de líquidos 62%, pele a pele 62%, monitorização intermitente 60%, sem monitorização interna 52%, sem fluidos intravenosos 57%.....presença de midwife 9%.</p> <p>86% dos partos foram realizados por médicos obstetras, 9% realizados por <i>midwife</i> 5% por médicos de família.</p> <p>Os planos de parto são apresentados por mulheres com níveis educacionais mais elevados</p> <p>Será razoável pensar que este tipo de clientes apresentam planos de parto numa tentativa de manter algum grau de controle numa nova situação.</p> <p>Os pedidos mais comuns de andar durante o trabalho de parto, evitar analgésicos, epidural e episiotomia, são todos razoáveis e não comprometem o nível de cuidados que o médico pratica.</p> <p>“... os planos de parto são meios comuns das pacientes expressarem aos seus prestadores, os seus desejos no que diz respeito ao parto, muitas clientes mudam de ideias no que se refere a alguns pedidos iniciais principalmente os que se relacionam com o controlo da dor . Espera-se com o reconhecimento deste facto e conhecendo quais os pedidos mais frequentes nos planos de parto, isso implique uma ajuda ao médico para potenciar uma melhor experiência de trabalho de parto e parto às pacientes que apresentem um plano de parto.</p> <p>Existem disponíveis numerosos sítios na Internet, que ajudam as mulheres a criar os seus planos de parto, e recentemente também, inúmeros artigos em jornais e revistas acerca de planos de parto.</p> <p>Apesar de se considerarem os pedidos na maioria dos casos, razoáveis existe sempre a possibilidade da paciente declinar intervenções que deveriam realizar-se, como a monitorização fetal, ou mesmo um parto vaginal cirúrgico e até mesmo uma cesariana. É importante discutir com a paciente o seu plano de parto e abordar potenciais situações de conflito antes que ocorram. (Shad H.,2006)</p>

### **APÊNDICE III – Unidades de Registo dos Workshops**



	Sistematização das respostas do Estudo de Caso		
	Tema 1	Tema 2	Tema 3
	Enfermeira Especialista: Gostaria que a enfermeira que me recebe no Bloco de Partos me acompanhe em todo o trabalho de parto, parto e puerpério imediato;	Acompanhante: Será o meu marido, nas suas ausências a mãe, pretendo ser visitada pela ESMO Estrela Atrevida que vigiou a gravidez;	Autonomia para deambular, realizar exercícios de suspensão, utilizar a bola de pilates no início da fase activa de trabalho de parto, ser acompanhada pelo marido no duche;
<b>Grupo 1</b>	É possível desde que o trabalho decorra dentro do horário do EESMO	Sim, sem objecções	Exercícios em suspensão só sem soro. Utilização da bola de pilates após avaliação do bem estar materno fetal. Acompanhamento do marido no duche com pouca possibilidade.
<b>Grupo 2</b>	Discussão do Plano de Parto com a utente enquadrada na realidade do serviço. Nem sempre é possível por vezes pode não ser acolhido pela enfermeira ESMO. O acolhimento deve ser feito pela ESMO.	Permite-se sempre acompanhamento.	Autonomia para deambular, tem telemetria. Acompanhamento do marido no duche não é possível por características do serviço.
<b>Grupo 3</b>	NR	Sim.	Exercícios de suspensão no marido. Resto sim.
<b>Grupo 4</b>	Esclarecer a grávida da rotatividade dos horários dos enfermeiros	Acompanhantes não tem problema	Difícil a permanência do marido no duche. Depende do movimento na urgência
<b>Grupo 5</b>	Explicar que o enfermeiro poderá permanecer dentro do horário de trabalho	A presença dos três acompanhantes é possível, embora alternados.	Serão disponibilizados, negociados e de acordo com as preferências da grávida. Facultar a telemetria e discutir essa possibilidade para a monitorização do bem estar materno fetal
<b>Grupo 6</b>	A continuidade de cuidados pelo mesmo enfermeiro especialista não pode ser garantida.	Marido, mãe e ESMO	Pode deambular, realizar exercícios de suspensão, utilizar bola e tomar duche com o marido.
<b>Grupo 7</b>	NR	NR	NR
<b>Grupo 8</b>	Sim	Sim	Sim

Sistematização das respostas do Estudo de Caso (Cont)			
	Tema 5	Tema 6	Tema 7
	Líquidos: preferência de tisana de canela e laranja de acordo com a minha necessidade;	Toques vaginais realizados só a meu pedido, e pela ESMO;	A posição para o parto será determinada no momento, de acordo com a minha preferência e experiência da ESMO que me vai acompanhar;
<b>Grupo 1</b>	Sim se trouxer de casa.	Só quando a equipa de serviço o achar necessário	Sim, completamente.
<b>Grupo 2</b>	Tem que trazer o chá específico de casa.	NR	NR
<b>Grupo 3</b>	Desde que traga do domicílio	Depende da equipa médica e dos riscos	Sim
<b>Grupo 4</b>	NR	Realização do toque	NR
<b>Grupo 5</b>	É possível a ingestão hídrica/protocolo embora a grávida deva trazer do domicílio as tisanas da sua preferência.	É negociável entre o ESMO e a grávida, mediante a evolução do trabalho de parto e possíveis desvios ao bem estar materno fetal.	Negociável e de acordo com o bem estar materno fetal.
<b>Grupo 6</b>	NR	NR	NR
<b>Grupo 7</b>	Trazer do domicílio o da sua preferência	Pode haver situações de risco	NR
<b>Grupo 8</b>	Sim	Sim	Sim

Sistematização das respostas do Estudo de Caso (Cont)			
	Tema 9	Tema 10	Tema 11
	Corte do cordão umbilical após o primeiro até ao terceiro minuto de vida, de acordo com as recomendações da OMS;	Não pretendo que executem a profilaxia oftálmica de rotina à minha filha, compreendo a necessidade da administração da Vit. K, e gostaria que a administrassem no contacto pele a pele após a amamentação, gostaria de a vestir e mantê-la sempre junto a mim e que a pesagem e observação da Belle fosse realizada após as duas horas de nascimento.	Junto documento escrito onde me responsabilizo por não pretender soros e CTG continua, só 20' de duas a duas horas para salvaguarda dos profissionais, aceito a ABCF com Doppler, administração de ocitocina após o parto só com minha autorização e intramuscular, regresso ao domicílio após seis horas de internamento uma vez que estou acompanhada pela ESMO Estrela Atrevida que vigiou a gravidez;
<b>Grupo 1</b>	Sim se de acordo com as capacidades do recém nascido/Pediatra.	Sim de acordo com as condicionantes do serviço	Ocitocina só é possível se se verificar involução uterina/perdas
<b>Grupo 2</b>	NR	NR	NR
<b>Grupo 3</b>	Sim, salvo haver circular	Sim. Em relação à pesagem só se o bem estar do recém nascido não o possibilitar.	As horas de internamento são com o puerpério. No internamento o ESMO não poderá ser o mesmo. A alta do recém nascido é com o pediatra.
<b>Grupo 4</b>	NR	Competência da prestação de cuidados ao recém nascido.	Continuidade dos cuidados
<b>Grupo 5</b>	É possível desde que não ponha em causa o bem estar fetal.	São respeitáveis pois existe em várias instituições apenas a lavagem com SF, pomadas oftalmológicas.	No final de 6 horas e após avaliação prévia (involução uterina, lóquios, períneo, amamentação, etc.) realizando os respetivos ensinios. Quanto ao recém nascido é da responsabilidade da equipe médica.
<b>Grupo 6</b>	NR	NR	NR
<b>Grupo 7</b>	NR	Negociar como casal a antecipação da pesagem	Alta do recém nascido gerir com o pediatra
<b>Grupo 8</b>	Sim	Sim	A alta do recém nascido ao fim de 6h não é exequível

## **APÊNDICE IV – Notas de Campo - 1**

## **NOTAS DE CAMPO**

### **Descrição da situação de cuidados.**

Grávida de 32 anos, 38s e 4d, IO 0000, deu entrada na sala de dilatação, onde foi submetida a indução do trabalho de parto, com prostin gel 1mg por administração vaginal pela médica que lhe seguiu a gravidez, às 9.45h da manhã. Na sequência da observação médica e encontrando-se com 3cm de dilatação foi conduzida para a sala de parto às 15h. No início do turno, verifiquei o placard onde estão divulgados os planos de parto, para identificar o nome das grávidas que os tinham enviado, e ler os pedidos descritos. Na passagem de ocorrências identifiquei a existência de uma das parturientes que tinha enviado o plano de parto. A troca de olhares entre a equipa de enfermagem presente, demonstrou que todas estávamos em sintonia. Na distribuição de trabalho fiquei responsável pelo acompanhamento da M, acompanhada pelo marido e ambos licenciados. Conversámos sobre como se sentia, aquilo que esperava e foram avaliados os parâmetros vitais, CTG, venopunção e soro em curso. Ao ser questionada sobre as preferências relatadas no plano de parto, informou “resolvi fazer o plano de parto porque fiz preparação para o parto no centro de saúde e a enfermeira sugeriu que o fizesse.” Referiu “ não tem muita importância agora, porque a médica que me vigia a gravidez está de urgência e ela dirá o que se vai fazer”. Quando lhe foi perguntado se estava bem esclarecida sobre o que tinha escrito no plano de parto, informou “ sei que é importante não estar sempre deitada, mas porque o parto foi provocado, tenho que ficar mais sossegada” e ainda disse “quando fiz o plano de parto fui ao *sítio* da revista pais e filhos e escolhi aquilo que tínhamos falado na preparação para o parto”, “mas agora é melhor as senhoras decidirem o que é melhor para mim,...”

### **Apreciação do EESMO**

O EESMO que fez a preparação no período pré natal sensibilizou o casal para a elaboração do plano de parto, o casal parece esclarecido, mas não valorizam as suas escolhas. Recorreram à Internet, de onde copiaram o plano de parto, não foi um plano pensado e elaborado de acordo com as suas decisões e escolhas pessoais. Neste caso, quando confrontados na sala de parto com os pedidos e desejos expressos no plano de parto não demonstram valorizá-los, deixando ao critério dos profissionais a condução do trabalho de parto, parto e puerpério. Referem tê-lo feito porque a enfermeira especialista, no período pré-natal o sugeriu. O plano de parto foi afluído na preparação, mas as questões que poderiam ser desejos exequíveis aparentemente não foram discutidos com a enfermeira para se tornarem nas escolhas daquela grávida e virem descritas no plano de parto.

## **APÊNDICE V – Quadros de sistematização da informação**

Simkin & Reinke	CIMS	APEO	Ina May Gaskin
Preparar-se para planejar o parto	Informação sobre acompanhante	Elementos identificativos da grávida,	Quantas mulheres precisam dos seus cuidados ao mesmo tempo?
Optar pelo local e cuidador	Decurso do parto normal na instituição	prestador que assiste a gravidez	Quem irá cuidar dela, se não estiver ao serviço, quando entrar em trabalho de parto?
Manifestar ao cuidador que precisa de ajuda para escrever um plano de parto	Consideração sobre as diferentes crenças	DPP	Quais são os exames de rotina que habitualmente pede?
Informar-se sobre o tipo de parto: medicalizado ou fisiológico e procedimentos de rotina para fazer escolhas	Deambulação durante trabalho de parto	Hospital previsto para o parto	Que procedimentos de rotina utiliza na mulher em trabalho de parto?
Preparar-se para o inesperado: procedimentos médicos habituais versus opções possíveis	Posição sugerida para o parto	Espaço físico	Permitem a permanência simultânea do marido/accompanhante e a doula?
Identificar o que é importante e ser flexível	Existência de consensos na atuação da equipa médica e enfermagem	Acompanhantes	Pode-se beber e comer?
	Rotinas hospitalares usadas no trabalho de parto	Ambiente	Pode-se utilizar a monitorização intermitente em vez da contínua?
	Estratégias utilizadas para o alívio da dor, para além da terapêutica	Procedimentos durante o parto	Que métodos sugere para o alívio da dor?
	Procedimentos na ocorrência parto prematuro	Tipo de avaliação do bem estar fetal	Existem banheiras ou chuveiros? E podem ser utilizados?
	Estratégias promotoras de aleitamento materno	Métodos de alívio da dor	Existe um tempo limite para o trabalho de parto?
		Mobilidade e posturas durante a dilatação	Coloca o bebé em contacto pele a pele após o nascimento?
		Posturas e puxos durante o período expulsivo	Espera a paragem da pulsação do cordão umbilical antes de ser clampado?
		Episiotomia	Que tipo de cuidados pós parto realiza?
		Nascimento do bebé	
		Aleitamento materno	

Quadro1. Recomendações na elaboração do Plano de Parto

OMS	Lamaze
Deixar que o parto se inicie espontaneamente (Amis, 2009)	Movimento, não permaneça parada, e mude de posições durante o trabalho de parto (Shilling, 2009)
Fazer-se acompanhar de alguém em quem deposite confiança, amiga ou doula, para suporte contínuo (Green&Hotelling, 2009)	Evite intervenções que não sejam prescritas pelo médico (Lothian, 2009)
Evitar a posição supina no parto e seguir as necessidades do corpo no período expulsivo (DiFranco, Romano,& Keen, 2009)	
Mãe e filho devem permanecer juntos - é melhor para a mãe, bebé e para a amamentação (Crenshaw , 2009)	

Quadro 2. Boas práticas no acompanhamento do Parto Normal

Pedidos nos planos de parto	% dos Pedidos
Deambulação	84%
Sem episiotomia	82%
Sem medicação para as dores	69%
Sem epidural	---
Sem monitorização contínua	---
Ingestão de líquidos	62%
Contacto pele a pele	---
Monitorização intermitente	60%
Sem soros	57%
Sem monitorização interna	52%
Corte do cordão umbilical pelo pai	49%
Sem oxitocina no trabalho de parto	44%
Quarto silencioso	40%
Ouvir a sua música	37%
Sem cateter venoso periférico	---
Sem oxitocina depois da dequitação	35%
Sem rotura artificial da bolsa de águas	---
Sem corte do cordão umbilical enquanto pulsação presente	28%
Sem tricotomia	---
Sem enema	24%
Sem parto vaginal cirúrgico	21%
Sem cesariana	19%
Presença de Doula	12%
Presença de <i>midwife</i>	9%.

### Quadro 3. Pedidos nos Planos de Parto (N=68 Planos de parto)

Adaptado de Deering, Shad H., 2007



## **APÊNDICE VI – Notas de Campo - 2**

## **NOTAS DE CAMPO**

### **A concretização do plano de parto – Maio 2012**

O acompanhamento de uma grávida com plano de parto foi a experiência esperada durante um longo período do estágio final. Tudo foi preparado em com cuidado, interrogações e alguma ansiedade. Sendo o nosso projeto, será que estaríamos preparados para este desafio?

Será que vão olhar para nós e pensar que lá vem mais um profissional com as ideias dela?

Que competências vou desenvolver para acompanhar e vigiar o trabalho de parto e concretizar o plano de parto?

O nosso conforto

A reflexão sobre estes fatores presentes no pensamento durante aquelas horas, foram aquietando o espírito, e com clareza, lucidez e generosidade realizámos este acompanhamento e vigilância com consciente de todas as ações, palavras e gestos. O desenvolvimento de competências relacionais mediaram as competências técnicas, as competências científicas alicerçaram as decisões e introduziram segurança, promoveram apoio, conduziram à compreensão e aceitação das intervenções que foram realizadas na área de enfermagem. Apesar da reflexão sobre esta situação, seria importante compreender e submeter-me à avaliação deste casal sobre o apoio e segurança que sentiram no acompanhamento que realizei.

### **Apreciação do EESMO**

As aprendizagens em sala de aula permitiram consolidar conhecimentos, organizar o pensamento, fornecer informação para deliberar constituindo-se na base teórico /prática que aguça e enforma a cognição.

As leituras intermináveis dos vários autores recomendam apoio, empatia, incutir autoconfiança, respeitar os esforços e estratégias para o alívio da dor, presença permanente sem imposição, acompanhamento e relação aberta, garantir segurança e vigilância no progresso do trabalho de parto.

As aprendizagens na sala de parto incutem responsabilidade, segurança na vigilância, cumprimento de protocolos e normas, utilização de meios técnicos e sua interpretação segura, vigilância e avaliação do progresso de trabalho de parto para registo em partograma, como vou cumprir todos os protocolos de vigilância sem me tornar intrusa num período tão íntimo e vivenciado pela parturiente/casal?

## **APÊNDICE VII – O Cuidado Partilhado em Neonatologia**

**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

**II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

**Ensino Clínico V**

**O Cuidado Partilhado em Neonatologia**

**Docente Orientador – Madalena Oliveira**

**Aluna – Maria Ofélia Lopes nº 3809**

## **Introdução**

O presente trabalho é desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Ensino Clínico V, inserida no plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, e integrado no Estágio com Relatório. No modelo de enfermagem que norteia o nosso projeto, a base conceptual orientadora da prática é suportada por conceitos da visão sistémica do ser humano, na sua dupla vertente, família, neonato e ambiente das unidades de cuidados, neste caso, vulnerabilidades e fatores stressores. Este desequilíbrio tende a evoluir favoravelmente, quando os cuidados de enfermagem “são perspetivados como intervenções que visam a integridade da pessoa e que se interessam por todas as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de stress, com o objetivo de lhes reduzir o efeito” (Lopes, 2000, p. 55). O trabalho apresentado consiste na participação, reflexão e análise das práticas clínicas em Unidades de Neonatologia num período de 35h. Estes turnos foram realizados no mês de Março durante as tardes de *roulement*. Esta situação limitou de algum modo a continuidade de cuidados, mas permitiu atingir os objetivos descritos no guia orientador deste ensino clínico na sua generalidade, e os que contribuíram para a concretização do projeto de aprendizagem.

### **Objetivos do projeto de aprendizagem:**

Analisar e descrever a reflexão do resultado da pesquisa assim como da observação participativa nas unidades de cuidados intensivos e intermédios ao recém-nascido. Penso que a prática profissional e o papel social que se pretende interventivo por parte dos enfermeiros compreendem conhecimentos científicos, epidemiológicos e das políticas de saúde. Estes conhecimentos constituem uma base consistente para que num ambiente multiprofissional estes profissionais participem em soluções eficientes contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.

## Reflexão

Considerando o panorama atual das nossas sociedades, mais propriamente as ocidentais e principalmente em Portugal, deparamo-nos com as singularidades das unidades neonatais, nos perfis dos consumidores desses cuidados e nos cuidadores, neste caso enfermeiros. A prestação de cuidados às grávidas no ensino Clínico III, que sob o ponto de vista obstétrico ditaram neste período em apreciação as razões do parto prematuro advém dos seguintes fatores: Insuficiência cervical; Hemorragias de primeiro e segundo trimestres polihidrâmnios ou oligohidrâmnios, HTA na gravidez, Pré-eclâmpsia; Restrição do crescimento fetal; Gemelaridade; Rotura prematura de membranas; Causas iatrogénicas; Colecistite; Colestase gravídica, Hiperemese gravídica, APPT por outras causas. O parto prematuro, cuja etiologia é multifatorial, define-se como a ocorrência do nascimento antes de 37 semanas completas, ou 259 dias de gestação, sendo responsável por taxas de maior mortalidade, morbilidade e aumento de episódios de doença a longo termo nos recém nascidos pré termo, assim como nas taxas de ocupação Unidade de Internamento de Grávidas, e na apreensão de famílias e profissionais quando a gravidez está em risco de parto pré termo. Verificamos através dos indicadores da WHO que a incidência das taxas de parto pré termo no mundo é de 9.6% entre valores de 9.1 – 10.1 num intervalo de confiança de 95%. Na Europa na mesma sequência 6.2% entre valores 5,8 – 6,7 com o mesmo intervalo. Em Portugal pelos dados disponíveis no PNS verifica-se que entre 2001 e 2009 a taxa de nascimentos pré termo em Portugal Continental sofreu um aumento relativo de 54,2%, afastando-se da meta estabelecida para 2010 (4,9 nados vivos pré termo por 100 nados vivos), situando-se em 2009 nos 8.8%. Nesta realidade, coexistem as Unidades de Neonatologia, nomeadamente de cuidados intensivos e intermédios. A assistência em enfermagem nesta tipologia de unidades é distinta, mas complementar na continuidade de cuidados, no que diz respeito aos cuidados autónomos de enfermagem. Nas primeiras a ênfase nas competências técnica e científica evidenciam-se, manifestadas pela explicação da tecnologia ao serviço do neonato. A estabilização térmica, a alimentação, a terapêutica, os posicionamentos, o suporte ventilatório, o controle das funções vitais, garantindo aos pais os melhores cuidados disponíveis, promovendo

também a interação e cuidados parentais. Nas segundas, com prematuros mais autónomos (alimentação por copinho, e biberão, posicionamentos, colinho, cuidados de higiene e conforto, embalar para adormecer), as competências relacionais medeiam processos de integração dos pais nos cuidados para o planeamento da alta domiciliar ou para outro hospital na área da residência. Na observação cuidada dos clientes destas unidades caracterizamos os bebés pré termo cerca das 29/32 semanas de idade corrigida na escala de Ballard modificada, identificamos o baixo peso ao nascer, o tamanho pequeno, a cabeça relativamente grande, com pouco cabelo, as orelhas finas e moles, os olhos proeminentes. Têm uma actividade física reduzida, músculos fracos, pouca gordura subcutânea as veias visíveis sob a pele, uma respiração irregular com ausência ou poucos reflexos de sucção e controle na deglutição. Todo o ruído e toque inusitado o assusta, o destabiliza devido à imaturidade dos SNC, e as coberturas das incubadoras protegem os olhos imaturos cercando-os com uma amena obscuridade. Os pais com enquadramentos socioeconómicos e familiares diversos, desenvolvem comportamentos parentais de vinculação, (manifestada por presença assídua, colaboradores nos cuidados, contacto face a face, olho no olho e toque) cuja importância é muito valorizada pelos profissionais, as visitas, a sua duração, o comportamento manifesto, o discurso, o contacto, o interesse, a relação, a alimentação, os cuidados de higiene e conforto, o método canguru e da mãe, o seu envolvimento, a manutenção da lactação a extração de leite e amamentação. Esta realidade está refletida nas expressões destes pais expectantes, submissos e sempre ansiosos por receber uma informação que lhes alivie o sofrimento e ao mesmo tempo auxiliar aquele pequenino bebé tão dependente e tão seu. As famílias procuram estar com o seu bebé e ambos os pais estreitam o contacto com os seus filhos. Pela permanência nestas unidades cada família demonstra comportamentos muito diferentes, expectantes pelo desenrolar dos acontecimentos, ansiosos pelo disparar dos alarmes, compreensivos e calmamente estão com o seu bebé, e ainda aqueles que se deixam influenciar pelas más experiências de outros pais e ansiosamente permanecem aguardando pelo pior, porque outro bebé na mesma situação não resistiu e morreu. Também aqueles que com sabor a vitória levam o seu bebé para casa. O ambiente é muito variado, e das equipas,



também a influência para que se aumentem ou diminuam os receios e expectativas. Os pais, adultos com sentimentos de amor por estes recém nascidos, vêm-se como alguém que tem que pedir a alguém para cuidar do seu filho, mesmo que com alguma segurança o possam fazer. Acima de tudo prezam o bem-estar destes, que para eles é o mais importante, e para garanti-lo toda a sua colaboração tem que ser sempre mediado por um parecer técnico favorável. Apesar do muito cuidado, de palavras meigas, frases carinhosas, a distância do afeto permanece, mas o interesse genuíno é evidenciado e as relações com os bebês que durante mais tempo aí permanecem é de uma deliciosa atitude maternal por parte de algumas enfermeiras. As equipes de enfermagem quando necessário agem com estes recém nascidos, adaptando-se às necessidades do momento, discursando sobre os cuidados de um modo pragmático e procurando garantir que o bem estar e segurança do mesmo seja mantida, com o tecnicismo característico dos que diariamente asseguram a sobrevivência destes pequenos seres indefesos. Em articulação com outros serviços, também cumprem com o plano de intervenção preconizado com equipes multidisciplinares, nomeadamente com a assistência social e tribunal de menores, observando interagindo, avaliando e registando as ocorrências que irão contribuir para a melhor decisão, para garantir o melhor interesse destes bebês. A linguagem por vezes demasiado técnica, e outras vezes circunstancial modelam o dia a dia destes pais, nem sempre o que pretendem pode ser oferecido aos seus bebês, uma vez que as rotinas e horários estabelecidos são proibitivos para que não existam estímulos em excesso a estes recém nascidos.

## **Conclusão**

Como ESMO, valorizamos a revisão da literatura, e diálogo com profissionais e pais, sabemos que a prematuridade espontânea corresponde a 75% dos casos e decorre do trabalho de parto prematuro, na maioria das vezes, a prevenção primária é difícil de ser implementada, tendo em vista que muitos dos fatores de risco não podem ser modificados antes ou durante a gestação. A prevenção secundária depende de indicadores preditivos nomeadamente, os de maior valor são os clínicos como as modificações do colo uterino detetadas pela ecografia transvaginal, o que permite a adoção de

medidas preventivas secundárias e terciárias, tais como repouso, cerclage do colo uterino, pressário, tocólise, corticoterapia pré natal e proposta à grávida para ingressar num serviço de internamento, com vigilância permanente nas 24h por enfermeira especialista, e presença do médico obstetra quando solicitado. Na prática obstétrica, se não ocorrer hemorragia vaginal e se não se identificar rotura de membranas, o repouso absoluto, a administração de líquidos por via endovenosa e o controlo ecográfico, são úteis em 50 % dos casos. No entanto, se o colo uterino se dilatar mais de 5 cm, o parto segue normalmente o seu curso até que o bebé nasça. Em termos gerais os turnos que realizei nestas unidades (5) permitiram-me também acompanhar os cuidados de enfermagem nas patologias de foro médico, destacando-se pela sua prevalência, RNs prematuros com síndrome de insuficiência respiratória, infeções várias, asfixia perinatal entre outras.

A minha participação nos cuidados foi essencialmente direcionado para: prestação de cuidados de higiene e conforto, posicionamento adequado, prática da técnica de canguru (sempre que possível); Promoção do Aleitamento materno; Cuidar dos pais dos RNs internados; apoiar os pais na adoção do papel parental, criação de um ambiente de segurança; integração dos pais na equipa de cuidados, incentivando a prestação de cuidados sempre que oportuno, fomentar o toque e a carícia, proporcionar um ambiente facilitador da relação pais-filho; ajudar os pais a reconhecer o RN como elemento activo na relação. Nesta realidade, observei participando nos cuidados aos recém nascidos e famílias, propondo e educando para a manutenção da lactação, ouvindo os seus lamentos, acompanhando problemáticas apresentadas pelos pais e inquirindo as famílias sobre as suas dificuldades, expectativas e receios com o objetivo de compreender e interiorizar esses sentimentos de modo a incorporar na minha prática o respeito pela vulnerabilidade destas famílias, que podem representar futuras gravidezes e partos pré termo. Por outro lado, como ESMO cuidar de uma grávida, sensibilizando-a para esta problemática no período pré-natal pode ser vantajoso se existir suspeita de parto pré-termo. Poderei desmistificar o cuidado e amenizar os receios destes pais. Também promover os laços que unem estes pais ao seu filho prematuro pode ser alimentado e valorizado, facultando a informação adequada às suas

necessidades e especificidades promovendo a aceitação e autonomia da família.

Foi importante o contacto com estas unidades de cuidados, permitiu-me como ESMO entrar em contacto direto com as características destes recém nascidos e família, dos cuidados que lhes são prestados, até desmistificando algumas ideias que eu própria tinha construído ao longo do meu percurso profissional, como da fragilidade do recém nascido, do ambiente fechado da unidade, da linguagem essencialmente técnica utilizada pelos profissionais e da falta de comunicação com o recém nascido. Da observação verifiquei que estes aspetos que para mim estariam presentes na maior parte das situações, não correspondem à maioria dos casos, o que representa uma mais valia para todos aqueles que necessitam de contactar com este tipo de unidades de cuidados. As estratégias utilizadas permitiram a consecução do projeto de aprendizagem

## **BIBLIOGRAFIA**

**ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE - O Respeito dos Direitos da Criança no Hospital - Uma iniciativa da Rede Internacional dos Hospitais Promotores de Saúde.**Portugal. 2010

BETTIOL, H; BARBIERI, M. A; SILVA, A. A. M. – **Epidemiologia do nascimento pré termo: Tendências actuais.** Brasil.2010  
<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n2/v32n2a01.pdf>

[Ehttp://www.acs.min-saude.pt/pns/nascer-com-saude/nascimentos-pre-termo/](http://www.acs.min-saude.pt/pns/nascer-com-saude/nascimentos-pre-termo/)

<http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=214>

**INDICADORES E METAS DO PNS – Nascimentos pré termo.** Portugal, 2010

**ORDEM DOS ENFERMEIROS – Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.** Vol. 2 (Cadernos OE). Lisboa, 2011

**SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – Consensos Nacionais de 2004 - Secção de Neonatologia da SPP.** 2012

**WORLD HEALTH ORGANIZATION - The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity.** WHO.2012  
<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-table-T3.html>

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – Check-list Plano de Parto**

Exmos. Senhora Enf.

Envio a lista das minhas preferências para o nascimento da minha filha. Se alguma das opções não puder ser seguida, gostaria de ser previamente informada e consultada a respeito das alternativas.

Nome:

Data prevista para o parto:

Abril de 2012

Médico assistente:

#### Questões de admissão

Gostaria que não me rapassem os pelos púbicos, a não ser que tenha mesmo que ser.

Gostaria que não me administrassem um clister. Se tiver evacuado nas últimas 24 horas, penso que não seja necessário.

#### Presenças na sala de parto

Gostaria que o meu marido estivesse sempre comigo, caso não possa a 2ª opção é a minha mãe.

Não me oponho a que estejam estudantes presentes desde que não me façam o toque.

#### Ambiente na sala de parto

Gostaria de ter liberdade de movimentos, ou seja, não estar virada só para um lado.

Gostaria se possível andar.

#### Dor

Gostaria de usar a bola de parto durante a dilatação.

Gostaria de receber a epidural se possível tendo em conta o relatório do exame que levarei quando for para a maternidade.

#### Trabalho de parto

Gostaria de poder beber água.

Gostaria de ter liberdade de movimentos durante o trabalho de parto.

Gostaria de ter a possibilidade de escolher a posição para parir.

Gostaria de circunscrever o exames vaginais (toques) só pela a enfermeira responsável pelo o meu parto.

Prefiro que me seja efectuada uma episiotomia para evitar a laceração do períneo.

#### Pos-parto

Gostaria que o bebé fosse posto no meu colo imediatamente após o nascimento.

Gostaria que fosse a cortar cordão umbilical o meu marido.

Gostaria de ver a minha placenta.

#### Em caso de cesariana

Gostaria que estivesse presente o meu marido.

Gostaria de ter as mãos livres para poder segurar no meu bebé imediatamente após o nascimento.

Agradeço a compreensão de toda a equipa.

## **ANEXO II - Plano de Parto da Iz**



## Plano de Parto de:

Exma. Enf. Chefe \_\_\_\_\_ e equipe:

Após nosso contato inicial e minha visita ao bloco de partos deste hospital, venho expressar o meu desejo e de meu esposo com relação ao nascimento do nosso filho,

Desejamos que o parto ocorra de forma natural e no seu próprio tempo. Entretanto, temos consciência de que podem surgir situações que exigem outras medidas e para isso confiamos plenamente na equipe que nos atende. Caso haja alguma situação anormal, solicitamos que nos informem devida e antecipadamente sobre os procedimentos e alternativas.

Desta forma, nossos desejos são:

- Respeito ao ritmo natural do parto, sem a prática de qualquer tipo de indução ou aceleração do parto;
- Presença do meu esposo durante todo o trabalho de parto e parto bem como o apoio contínuo da nossa doula;
- Ausência de infusão intravenosa contínua, mas caso seja absolutamente necessário, prefiro que me coloquem somente o cateter;
- Agradeço que não me seja oferecida medicação anestésica ou analgésica, a não ser que eu peça explicitamente;
- Como forma de aliviar a dor, gostaria de poder tomar um duche quente ou utilizar bolsa de água quente;
- O mínimo necessário de exames vaginais internos;
- Possibilidade de ingerir líquidos ou alimentos leves;
- Não desejo que seja feita uma episiotomia a não ser em caso de absoluta emergência;
- Monitorização fetal intermitente;
- Mobilidade e liberdade de escolha de posições durante o trabalho de parto e período expulsivo. Não gostaria de ficar deitada;
- Desejamos muito que o bebê seja colocado em meu colo imediatamente após o nascimento e que possa ter sua primeira mamada, para isso conto com vosso apoio no início da amamentação;
- Corte do cordão apenas quando a pulsação deste tiver cessado;
- Expulsão espontânea da placenta;
- Possibilidade de uma alimentação ovo-lacto-vegetariana no pós parto.

Agradeço desde já a atenção dedicada a este plano de parto e a vossa participação neste momento tão especial e significativo para nossa família.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### **ANEXO III – Testemunho escrito - Relato da Iz**

(...) gostaríamos que algumas de nossas vontades fossem respeitadas no momento mais especial das nossas vidas, o nascimento do nosso filho. Lemos, pesquisamos, estudamos, pensamos e nos preparamos muito para esse momento. Assim, escolhemos e assumimos os riscos das nossas escolhas.

Foi importante termos feito isso para tomarmos conhecimento dos procedimentos que são normalmente feitos e suas consequências. Nós, como pais, e influenciados por nossa curiosidade e área de trabalho (a mãe médica veterinária e investigadora e o pai engenheiro), tivemos uma grande necessidade de entender como as coisas aconteciam e comprovar tudo através de pesquisas científicas atuais e fortemente fundamentadas,(...) Com a ajuda da nossa doula, tivemos acesso a muita informação confiável e também sobre a forma como as coisas acontecem em Portugal, e assim, ao que podíamos esperar de um parto hospitalar.

Enf. Ofélia: Simpática, sensível e observadora. (...) se apresentou, falava baixo, me ofereceu a bola de parto. Foi como diria o obstetra Ricardo Jones, uma “mulher de vidro”, como todos os profissionais que acompanham e prestam assistência ao parto deveriam ser. Percebeu que eu estava me saindo bem quando me deixavam sozinha, e nos informou isso, que gostaria de ajudar mas que não era preciso pois eu estava me saindo bem por conta própria. Conversou connosco sobre a posição para o período expulsivo e informou sobre uma possibilidade de laceração, tudo de maneira suave e tranquilizadora. Esteve comigo me apoiando no momento da aplicação da epidural. Tenho muito que agradecer por ter encontrado uma enfermeira assim, que me deixou com esperanças de que um dia o sistema médico-hospitalar pode mudar.

(...)

(...)

Na fase ativa do parto eu consegui controlar a dor de cada contração, vivenciando uma de cada vez. Com ajuda da respiração, vocalização, e visualização do meu colo uterino se abrindo, bem como com a percepção do fim da contração e permitindo que meu corpo relaxasse e ganhasse energia para a próxima. As coisas foram lentas, mas eu sabia que para um primeiro parto isso era normal e não me preocupei. (...) Sentia minha pelve se abrindo, e

me agachar de cócoras era uma das maneiras de aliviar o que sentia, bem como as vocalizações. Conteí com o apoio da nossa doula que, com massagens, sugestões de movimentação, carinho e palavras de incentivo, foram determinantes. (...) O apoio incondicional do meu esposo, nossa preparação para que tudo decorresse naturalmente, suas massagens, seu olhar acolhedor, suas orações, seu carinho e seu amor eram essenciais para mim naquele momento, assim como o fato dele me transmitir as mensagens de apoio e as orações da minha família no Brasil.

A sala onde estive na fase ativa era na medida do possível, acolhedora. A cor tranquila da parede, o aparelho de som e a bola de parto são sinais de progresso. (...)

(...)

O afecto (...) consegui sentir da Enf. Ofélia Lopes.

Eu vocalizava muito em cada contração, gemidos que me ajudavam a me entregar ao trabalho de parto e não lutar contra a beleza da natureza trabalhando para me trazer nosso filho. (...)

Concluindo: Se fosse possível, minha opção seria de ter apenas enfermeiras nos acompanhando no parto, (...). As enfermeiras têm total capacidade e responsabilidade para tratar da situação sozinhas, e espero que um dia seja assim.